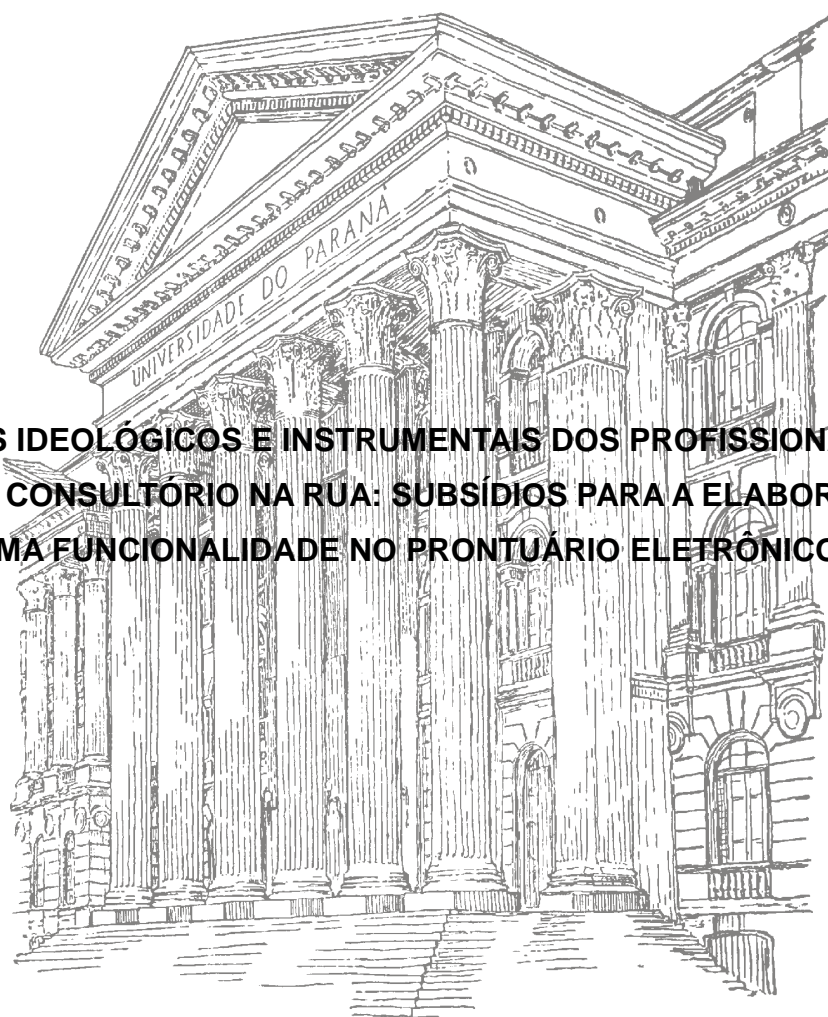


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIA TERUMI MARUYAMA KAMI

**SABERES IDEOLÓGICOS E INSTRUMENTAIS DOS PROFISSIONAIS QUE  
ATUAM NO CONSULTÓRIO NA RUA: SUBSÍDIOS PARA A ELABORAÇÃO DE  
UMA FUNCIONALIDADE NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO**



CURITIBA

2015

MARIA TERUMI MARUYAMA KAMI

**SABERES IDEOLÓGICOS E INSTRUMENTAIS DOS PROFISSIONAIS QUE  
ATUAM NO CONSULTÓRIO NA RUA: SUBSÍDIOS PARA A ELABORAÇÃO DE  
UMA FUNCIONALIDADE NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Liliana Müller Larocca

Coorientadora: Profa. Dra. Laura Christina Macedo Piosiadlo

CURITIBA

2015

Kami, Maria Terumi Maruyama

Saberes ideológicos e instrumentais dos profissionais que atuam no Consultório na Rua: subsídios para a elaboração de uma funcionalidade no prontuário eletrônico/ Maria Terumi Maruyama Kami - Curitiba, 2015.

146 f. : il.(algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Liliana Müller Larocca

Coorientadora: Professora Dra. Laura Christina Macedo Piosiadlo

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2015.

Inclui bibliografia

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Trabalho. 3. Equipes de Saúde 4. Pessoas em Situação de Rua 5. Pesquisa Qualitativa. I. Larocca, Liliana Müller II. Piosiadlo, Laura Christina Macedo. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

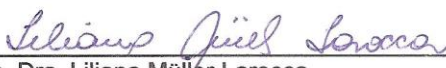
CDD 614

## TERMO DE APROVAÇÃO

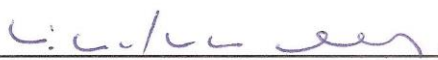
MARIA TERUMI MARUYAMA KAMI

### SABERES IDEOLÓGICOS E INSTRUMENTAIS DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CONSULTÓRIO NA RUA: SUBSÍDIOS PARA A ELABORAÇÃO DE UMA FUNCIONALIDADE NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de Pesquisa Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:   
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Liliانا Müller Larocca  
Presidente da Banca. Universidade Federal do Paraná – UFPR

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry  
Membro Titular: Universidade Federal de São Paulo - USP

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Maria Marta Nolasco Chaves  
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 11 de dezembro de 2015.

*À Edi, companheiro de todas as horas, de todos os projetos, de todas as realizações. Obrigada pelo apoio incondicional, pela generosidade, pela disponibilidade na transcrição das entrevistas e, acima de tudo, pela paciência.*

*Aos meus filhos, Vinícius e Camila,  
pela compreensão  
e apoio nas horas difíceis.*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pelas oportunidades que tem colocado em minha vida, pela sabedoria e discernimento concedidos nessa caminhada, pela saúde e forças para realizar mais um sonho.

À minha orientadora, Profa. Dra. Liliana Müller Larocca, por ter me aceitado novamente como orientanda, pela orientação do caminho a seguir, pelo estímulo e confiança.

À minha coorientadora, Profa. Dra. Laura Christina Macedo Piosiadlo, por ter contribuído no aprimoramento deste estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional de Enfermagem da UFPR, pela busca constante de aperfeiçoamento e qualidade nas atividades prestadas.

À Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry e à Profa. Dra. Maria Marta Nolasco Chaves, pelas ricas contribuições no exame de qualificação.

À Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, pelo investimento na qualificação de seus profissionais e pelo apoio na realização desta pesquisa.

À equipe do Departamento de Atenção Primária à Saúde, em especial a Nilza Teresinha Faoro, que, além de coordenadora, é uma amiga solidária e cúmplice nas dificuldades.

À Carla da Ros, pela presença, pela ajuda constante e pelos momentos de bom humor (quando a vontade era de chorar).

À Ingrid Margareth Voth Lowen, pela disponibilidade em me ajudar a compreender os caminhos do *software* Iramuteq.

Aos profissionais das equipes do Consultório na Rua, especialmente a Adriane Wollmann – coordenadora do Consultório na Rua – e a Renilda Pereira – auxiliar de enfermagem, pelas informações indispensáveis ao desenvolvimento deste trabalho.

Aos usuários entrevistados do Consultório na Rua, pelo compartilhamento de suas trajetórias.

Aos colegas do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC da Universidade Federal do Paraná, pela oportunidade de troca de experiências e vivências.

*“Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa sós, porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso.”*

*Charles Chaplin*

## RESUMO

A vida na rua descortina a vulnerabilidade de quem nela vive, exigindo abordagens específicas das equipes de saúde. O Consultório na Rua, integrante da Atenção Primária, visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde. Assim, esta pesquisa objetivou identificar os saberes ideológicos e instrumentais que subsidiam os processos de trabalho dos profissionais que integram as equipes do Consultório na Rua e elaborar proposta de funcionalidade no prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Curitiba com base nos saberes dos profissionais que atuam nessas equipes. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e de cunho exploratório. A coleta de dados foi realizada junto a 20 profissionais e 6 usuários do Consultório na Rua no período de janeiro a fevereiro de 2015, por meio de entrevista com roteiros semiestruturados distintos para cada categoria de participantes. As informações provenientes das entrevistas foram analisadas separadamente e processadas com o apoio do *software* IRAMUTEQ. Dos discursos dos profissionais emergiram quatro classes: 1- políticas públicas que norteiam o trabalho do Consultório na Rua; 3- necessidades naturais (ambas as classes contemplaram os saberes ideológicos); 2- dispositivos e instrumentos no cuidado à pessoa em situação de rua; 4- agenda semanal (essas duas classes contemplaram os saberes instrumentais). Nos discursos dos usuários foram analisadas a classe das necessidades naturais e a classe das necessidades necessárias e alienadas. Ambas as classes contemplaram os saberes ideológicos. Constatou-se a centralidade dos discursos no processo de trabalho, sustentado pelos saberes ideológicos, conforme referencial teórico adotado. A dimensão estrutural da realidade objetiva da população em situação de rua foi perceptível na determinação social do processo de situar-se na rua. As demandas preponderantemente manifestadas nos discursos dos entrevistados foram mais evidentes do que a própria organização do Consultório na Rua como cenário de cuidado. Os discursos dos profissionais apontaram a dificuldade no acesso à saúde pela população em situação de rua, o não reconhecimento dessas pessoas como pessoas de direito e necessidades naturais – necessidades que foram confirmadas pelos usuários. Estes, contudo, apresentaram ainda necessidades necessárias e alienadas, conforme tipologia adotada. O trabalho em equipe multidisciplinar foi considerado potencializador desse processo e o vínculo como necessário e essencial, enquanto as práticas de monitoramento e avaliação das ações foram comprometidas pela falta de instrumentos que possibilitassem o registro de todas as ações realizadas no cuidado à pessoa em situação de rua, o que caracteriza uma situação de invisibilidade. Acredita-se que a implantação do registro dessas ações no formato de funcionalidade no prontuário eletrônico significaria a possibilidade de estabelecer uma efetivação da relação entre o saber instrumental e o saber ideológico, saberes constitutivos do processo de trabalho em saúde, motivo pelo qual precisam ser conhecidos, explicitados e descritos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Trabalho. Equipes de Saúde. Pessoas em Situação de Rua. Pesquisa Qualitativa.



## ABSTRACT

Life on the streets unveils the vulnerability of those who live on them, demanding health teams' specific approaches. Consultório na Rua ("Street Outreach Office"), integrating Primary Healthcare, aims to expand the access of homeless people to healthcare services. Thus, this research study objectified to identify ideological and instrumental knowledge underpinning the work processes of the professionals who integrate Consultório na Rua's teams, and elaborate a functionality proposal for the electronic health records of the Municipal Secretary of Curitiba, Paraná State/Brazil, based on the team professionals' knowledge. It is an exploratory, qualitative study. Data collection was held with 20 professionals and 6 users of Consultório na Rua, from January to February/2015, by means of an interview with distinct semi-structured questions for each category of participants. Information from the interviews was separately analyzed and processed with the support of IRAMUTEQ software. Four classes emerged from the professionals' discourses: 1- public policies guiding the work of Consultório na Rua; 3- natural needs (both classes contemplated ideological knowledge); 2- devices and instruments to care for the person living on the streets; 4- weekly schedule (both classes contemplated instrumental knowledge). The class of natural needs and the class of necessary, alienated needs were analyzed in the users' discourses. Both classes contemplated ideological knowledge. It was evidenced discourse centrality in the work process, supported by the ideological knowledge, according to the adopted theoretical background. The structural dimension of the objective reality of the population living on the streets was perceived in the social determination of the process of being on the street. The predominantly manifested demands in the respondents' discourses were more evident than Consultório na Rua organization itself as a healthcare setting. Professionals' discourses pointed out the access difficulty to healthcare by the street dwellers, non-recognition of those people as citizens and their natural needs – confirmed by the users. The latter also presented necessary, alienated needs, according to the adopted typology. Multidisciplinary team work was considered a maximizer of this process, and the bonding as necessary and essential, while the monitoring practices as well as action assessment were hindered by the lack of instruments enabling to record all healthcare actions held towards the individuals living on the streets, which features an invisibility status. It is believed that the record implementation of these actions in the functionality format in the electronic healthcare records would mean the possibility of setting an effective relation between instrumental knowledge and ideological knowledge, constitutive types of knowledge in the health work process, that is why they need to be known, stated and described.

Keywords: Primary Health Care. Work. Healthcare Teams. Homeless Persons. Qualitative Research.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – ELEMENTOS CONSTITUINTES DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	23
QUADRO 2 – ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	28
QUADRO 3 – POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA – RECORTE A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	30
QUADRO 4 – MODALIDADES DAS EQUIPES DO CR.....	34
QUADRO 5 – TIPOLOGIA DAS NECESSIDADES.....	37
QUADRO 6 – TAXONOMIA DAS NECESSIDADES EM SAÚDE.....	39
QUADRO 7 – INFORMAÇÕES GERAIS E ALGUNS INDICADORES DO ANO DE 2010 EM CURITIBA-PR.....	43
QUADRO 8 – SABERES IDEOLÓGICOS E INSTRUMENTAIS EVIDENCIADOS NO DENDOGRAMA DA CHD DAS ENTREVISTAS DOS PROFISSIONAIS DO CR. CURITIBA-PR, 2015.....	67
QUADRO 9 – SABERES IDEOLÓGICOS – NECESSIDADES EVIDENCIADAS NO DENDOGRAMA DE CLASSES DAS ENTREVISTAS DOS USUÁRIOS DO CR. CURITIBA-PR, 2015.....	82

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	– PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE: EXPLICANDO A INTERIORIDADE DAS PRÁTICAS.....	24
FIGURA 2	– EXPERIÊNCIAS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A CONSTITUIÇÃO DAS eCRs.....	32
FIGURA 3	– MAPA DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA.....	42
FIGURA 4	– PIRÂMIDE ETÁRIA DE CURITIBA SEGUNDO DADOS PULACIONAIS DO CENSO DE 2010 – CURITIBA-PR, 2015.....	44
FIGURA 5	– NÚMERO DE HABITANTES E DOMICÍLIOS, POR REGIONAL ADMINISTRATIVA, COM POPULAÇÃO QUE VIVE COM RENDIMENTO NOMINAL MENSAL DOMICILIAR <i>PER CAPITA</i> DE ATÉ 70 REAIS.....	45
FIGURA 6	– DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE, SEGUNDO DISTRITOS SANITÁRIOS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA.CURITIBA-PR, 2015.....	47
FIGURA 7	– DISTRIBUIÇÃO DE BAIRROS PREVISTA, SEGUNDO REGIONAIS ADMINISTRATIVAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA-PR, 2015.....	48
FIGURA 8	– DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE SEGUNDO TIPO DE US NO MUNICÍPIO DE CURITIBA NO ANO DE 2014. CURITIBA-PR, 2015.....	49
FIGURA 9	– REPRESENTAÇÃO DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS 4 ECR NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA-PR, 2015.....	51
FIGURA 10	– COMPOSIÇÃO DO <i>CORPUS</i> PARA O IRAMUTEQ.....	58
FIGURA 11	– DENDOGRAMA DE CLASSES REFERENTE ÀS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CR. CURITIBA-PR, 2015.....	65
FIGURA 12	– DENDOGRAMA DE CLASSES REFERENTE AOS SABERES IDEOLÓGICOS E INSTRUMENTAIS DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CONSULTÓRIO NA RUA. CURITIBA-PR, 2015.....	66
FIGURA 13	– DENDOGRAMA DE CLASSES REFERENTE ÀS ENTREVISTAS COM OS USUÁRIOS DO CR. CURITIBA-PR, 2015.....	80
FIGURA 14	– DENDOGRAMA DE CLASSES REFERENTE ÀS NECESSIDADES DOS USUÁRIOS DO CR.CURITIBA-PR, 2015.....	81

FIGURA 15 – ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CONSULTÓRIO NA RUA, SEGUNDO OS SABERES IDEOLÓGICOS E INSTRUMENTAIS. CURITIBA-PR, 2015.....	88
FIGURA 16 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CONFIGURAÇÃO DO SISTEMA INFORMATIZADO DA SMS CURITIBA. CURITIBA-PR, 2015.....	107
FIGURA 17 – MÓDULOS DO SISTEMA <i>e-Saude</i> .....	108
FIGURA 18 – FUNCIONALIDADE CONSULTÓRIO NA RUA CONSULTA ATIVIDADE INDIVIDUAL.CURITIBA-PR, 2015.....	111
FIGURA 19 – FUNCIONALIDADE CONSULTÓRIO NA RUA – ATIVIDADE COLETIVA.....	112

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CR, SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL. CURITIBA-PR, 2015....	61
GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CR, SEGUNDO O TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA SMS- CURITIBA. CURITIBA-PR, 2015.....	62
GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS DO CR, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA DECLARADA. CURITIBA-PR, 2015.....	63
GRÁFICO 4 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS USUÁRIOS DO CR, SEGUNDO ANOS DE ESTUDO DECLARADO. CURITIBA-PR, 2015 .....	63
GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS DO CR, SEGUNDO TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA. CURITIBA, 2015.....	64

## LISTA DE SIGLAS

APS	–	Atenção Primária à Saúde
ARV	–	Antirretroviral
CAPS	–	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	–	Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas
Centro POP	–	Centro de Referência Especializada para a População em Situação de Rua
CHD	–	Classificação Hierárquica Descendente
COREQ	–	<i>Consolidated criteria for reporting qualitative research</i>
CR	–	Consultório na Rua
CRAS	–	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	–	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DS	–	Distrito Sanitário
eCR	–	Equipe do Consultório na Rua
ESF	–	Estratégia Saúde da Família
FAS	–	Fundação de Ação Social
IRAMUTEQ	–	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaire</i>
LOAS	–	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	–	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MNPR	–	Movimento Nacional da População de Rua
MS	–	Ministério da Saúde
NASF	–	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNAB	–	Política Nacional da Atenção Básica
PSR	–	Pessoa em situação de rua
RD	–	Redução de danos
SCNES	–	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SM	–	Saúde Mental
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE	–	Unidade de Contexto Elementar
UCI	–	Unidade de Contexto Inicial
UPA	–	Unidade de Pronto Atendimento
US	–	Unidade de Saúde

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>2 CAMINHOS DO PENSAMENTO.....</b>	<b>22</b>
2.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	22
2.1.1 Registros em saúde – prontuário eletrônico.....	25
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	27
2.3 CONSULTÓRIO NA RUA.....	32
2.4 PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA.....	34
2.5 NECESSIDADES EM SAÚDE.....	37
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>41</b>
3.1 CENÁRIO DO ESTUDO.....	41
3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	53
3.3 COLETA DOS DADOS.....	54
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	56
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	60
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>61</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	61
4.1.1 Participantes – profissionais da eCR.....	61
4.1.2 Participantes – usuários do CR.....	62
4.2 CLASSES.....	64
4.2.1 Profissionais das eCRs.....	64
4.2.1.1 Saber ideológico – políticas públicas que norteiam o trabalho da eCR.....	67
4.2.1.1.1 Acesso à saúde.....	68
4.2.1.1.2 Saúde como direito constitucional.....	69
4.2.1.1.3 Trabalho intersetorial.....	70
4.2.1.2 Saber ideológico – necessidades naturais.....	71
4.2.1.3 Saber Instrumental – dispositivos e instrumentos no cuidado à PSR.....	74
4.2.1.3.1 Trabalho em equipe multiprofissional.....	74
4.2.1.3.2 Vínculo.....	75
4.2.1.3.3 Registros em saúde.....	77
4.2.1.3.4 Planejamento em saúde.....	78

4.2.1.4	Saber Instrumental – agenda semanal das eCRs.....	79
4.2.2	Usuários das eCRs.....	80
4.2.2.1	Saber ideológico – necessidades naturais da PSR.....	82
4.2.2.2	Saber ideológico – necessidades necessárias e alienadas.....	83
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>85</b>
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	85
5.1.2	Participantes – profissionais da eCR.....	85
5.1.3	Participantes – usuário do CR.....	86
5.2	ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO PROCESSO DE TRABALHO NO CONSULTÓRIO NA RUA.....	87
5.3	SABERES IDEOLÓGICOS.....	89
5.3.1	Políticas públicas que norteiam o trabalho da eCR.....	89
5.3.2	Necessidades da PSR.....	94
5.4	SABERES INSTRUMENTAIS.....	101
<b>6</b>	<b>PRODUTO DE INTERVENÇÃO – FUNCIONALIDADE NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO PARA REGISTROS DAS ATIVIDADES DAS eCRs.....</b>	<b>107</b>
6.1	O SISTEMA <i>e-Saúde</i> .....	107
6.2	FUNCIONALIDADE CONSULTÓRIO NA RUA.....	109
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>114</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>118</b>
	<b>APÊNDICE 1 – TCLE PARA O PROFISSIONAL DO CR.....</b>	<b>135</b>
	<b>APÊNDICE 2 – TCLE PARA USUÁRIO DO CR.....</b>	<b>137</b>
	<b>APÊNDICE 3 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA DO PROFISSIONAL DO CR...</b>	<b>139</b>
	<b>APÊNDICE 4 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA DO USUÁRIO DO CR.....</b>	<b>140</b>
	<b>APÊNDICE 5 – DICIONÁRIO DE SINÔNIMOS.....</b>	<b>141</b>
	<b>ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA UFPR – SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/SCS.....</b>	<b>142</b>
	<b>ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA – SES.....</b>	<b>144</b>



## APRESENTAÇÃO

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná em 2000, atuo desde então como enfermeira na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Durante os cinco anos que trabalhei em uma Unidade de Saúde, tive a oportunidade de atuar como enfermeira assistencial, realizando cuidado integral aos indivíduos e famílias na Unidade de Saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, e também fui membro do Conselho Local de Saúde. Contribuí e participei do gerenciamento, coordenação, educação permanente e da avaliação das ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem e pelos agentes comunitários de saúde.

Em 2004 fui discente do curso de Especialização em Saúde Coletiva – área de concentração SF, no qual apresentei trabalho de conclusão intitulado “Reconhecimento da realidade objetiva dos idosos residentes na Vila Torres: do estrutural ao singular”, orientado pela Profa. Dra. Liliana Müller Larocca.

Em seguida, fui convidada a trabalhar no Departamento de Atenção Primária à Saúde da SMS Curitiba e, atualmente, integro a equipe da Coordenação de Informação, Avaliação e Incentivo à Qualidade.

Em conjunto com a equipe técnica, realizei o monitoramento, a avaliação e a retroalimentação dos resultados, e o treinamento das equipes. Também dei suporte técnico em relação a: remuneração variável da Atenção Primária à Saúde, indicadores e resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), produção da assistência prestada nas Unidades de Saúde; sistema de informação da Atenção Básica – SIAB; interlocução com a Coordenação de Avaliação e Auditoria acerca dos cadastramentos das equipes da Atenção Primária no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

Além disso, contribuí no desenvolvimento da interoperabilização dos sistemas de informação local e federal – *e-Saude* e *e-SUS*, respectivamente.

Nesse período de atuação no Departamento de Atenção Primária, concluí outros cursos de Especialização inerentes à área de atuação: Especialização em Avaliação em Saúde, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; MBA-Auditoria em Serviços de Saúde, pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão, Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.

Por meio da parceria realizada entre a SMS-Curitiba e a UFPR, tive a oportunidade de ingressar no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional. Integro o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), e meu estudo está inserido na linha de pesquisa de Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem.

O mestrado profissional surgiu como uma oportunidade de qualificação para mim, que estou no mundo do trabalho, pois tem como prerrogativa a construção do conhecimento científico a partir do desenvolvimento de dissertação que vise à intervenção e/ou inovação tecnológica com aplicabilidade no serviço, contribuindo, assim, para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, reconhecendo o Consultório na Rua como dispositivo recente da Atenção Primária à Saúde, que tem como objetivo a atenção integral à saúde da população em situação de rua, desenvolvi estudo sobre saberes no processo de trabalho das equipes do Consultório na Rua. Esses saberes forneceram subsídios para o aprimoramento do prontuário eletrônico da SMS com vistas a dar maior visibilidade à atenção prestada para a população em situação de rua.

## 1 INTRODUÇÃO

Existe, no Brasil, número significativo e crescente de pessoas em situação de rua, com variados modos de vida e de relações com e na rua. Essa realidade desvela desafios estruturais de garantia da cidadania dessa população em um contexto de invisibilidade social.

Em investigação multicêntrica intitulada "Pesquisa nacional sobre população em situação de rua", realizada em 71 municípios brasileiros pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), no ano de 2008, estimou-se em 31.922 o número de adultos nessa situação. Em Curitiba, foram identificadas 2.776 pessoas em situação de rua. Das entrevistas, 55,4% foram realizadas em locais caracterizados como rua (calçadas, praças, parques, viadutos, etc.) e 44,6%, nas instituições sociais (BRASIL, 2008).

Pessoas em situação de rua, geralmente, não usufruem de políticas públicas e não acessam sistemas de saúde (RAOULT, 2012; CASSONE, 2012; LOPES, 2014). Nesse sentido, o Consultório na Rua (CR), integrante da Atenção Básica<sup>1</sup> da Rede de Atenção Psicossocial, fundamentado nas diretrizes definidas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), busca atuar nos diferentes problemas e necessidades em saúde da população em situação de rua. Conforme essa legislação, o poder público municipal passou a ser responsável por manter serviços e programas de atenção à população de rua, garantindo padrões básicos de dignidade e não violência, bem como a concretização dos direitos de cidadania a esse segmento social.

Curitiba conta com quatro equipes de Consultório na Rua (eCR), que foram implantadas em agosto de 2013 e realizam as atividades de forma itinerante. Quando necessário, utilizam as instalações das Unidades Saúde (US) do território, desenvolvendo ações em parceria com as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), integradas também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com as necessidades dos usuários. O CR é a porta de entrada aos serviços de saúde, propiciando atenção integral e longitudinal, coordenando o cuidado e

---

<sup>1</sup> Nesta pesquisa optou-se pela expressão Atenção Primária, cujo detalhamento está na seção 2.2. A expressão Atenção Básica foi usada ao referenciar a Política Nacional de Atenção Básica.

prestando atenção à saúde da população em situação de rua *in loco* ou em outros pontos de atenção da rede de saúde (BRASIL, 2009).

A vida na rua expõe quem vive nela a riscos que fazem com que essa população necessite de abordagem específica das equipes de saúde. Para Souza (2012), o número ainda pequeno de pesquisas sobre a dinâmica da vida da população em situação de rua nas grandes cidades do país e as necessidades em saúde e trabalho desse segmento populacional expõem essa dinâmica como um campo a ser amplamente explorado.

Inserida em uma prática profissional gerencial na Atenção Primária à Saúde, atuando na avaliação e monitoramento de Sistemas de Informação da APS do Município de Curitiba, a pesquisadora vivenciou a implantação e atuação dessa nova modalidade de atenção, porém não conseguia visualizar, pelos relatórios existentes, o cuidado multiprofissional prestado à população em situação de rua.

A partir disso, estabeleceu contato com as equipes multiprofissionais instaladas no Município de Curitiba, deparando-se com o seguinte questionamento: “pelo nosso prontuário eletrônico, somos então profissionais invisíveis que cuidam de invisíveis?”.

Aliada a esse questionamento, está a reestruturação por que passam os Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde (MS), com vistas à qualificação da gestão da informação, para um sistema unificado, denominado de *e-SUS AB*, que integra todos os sistemas de informação para a Atenção Básica (AB) e contempla os dados de todas as equipes (BRASIL, 2013a).

Nesse sentido, o sistema de informação em saúde do município precisou criar estratégias para a interoperabilidade entre os sistemas local (*e-Saude*) e federal (*e-SUS*), entre elas a reestruturação do sistema local na captura dos dados existentes para envio ao MS. Porém, como algumas informações necessárias para o *e-SUS* não eram coletadas no *e-Saude*, foi necessário o desenvolvimento de novas funcionalidades no sistema local, com destaque para os registros de produção das equipes do Consultório na Rua.

Nessa perspectiva, para a construção de registros de produção das equipes do Consultório na Rua no *e-Saude*, tornou-se fundamental o conhecimento do processo de trabalho em saúde das equipes do CR. Segundo Egry (2010), o processo de trabalho em saúde pode ser desdobrado em finalidade, meios e

instrumentos e objeto, no qual dois tipos de saberes estão presentes: saberes instrumentais e saberes ideológicos.

Dessa forma o presente estudo tem como objetivos: identificar os saberes ideológicos e instrumentais que subsidiam os processos de trabalho dos profissionais que integram as equipes de Consultório na Rua; elaborar proposta de funcionalidade no prontuário eletrônico (*e-Saude*) da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, com base nos saberes instrumentais e ideológicos dos profissionais que atuam nas equipes do Consultório na Rua.

Tais objetivos se justificam porque a composição das equipes do Consultório na Rua é heterogênea e porque é necessário dar visibilidade ao produto transformado pela ação desses agentes. Levar em consideração as particularidades<sup>2</sup> da população de rua é fundamental para qualificar a gestão da informação. Estes são os elementos que formularam a seguinte questão norteadora: *Quais saberes subsidiam os processos de trabalho dos profissionais que atuam nas equipes do Consultório na Rua?*

---

<sup>2</sup> Refere-se à dimensão particular da realidade objetiva inserida. Segundo Egry (1996), é a mediação entre o estrutural e o singular e compreende os perfis epidemiológicos de classe ou de reprodução social. A dimensão estrutural é aquela na qual ocorrem os processos mais distantes do indivíduo – na estruturação da sociedade, nas relações de produção, na formação econômica e social e nas formas político-ideológicas; a dimensão singular apresenta os processos mais próximos do indivíduo – suas relações no trabalho, na família e na comunidade.

## 2 CAMINHOS DO PENSAMENTO

Neste capítulo, será apresentado o caminho teórico de significados para a temática pesquisada, quais sejam: processo de trabalho em saúde, Atenção Primária à Saúde, Consultório na Rua, pessoa em situação de rua e necessidades em saúde. Optou-se por nomear esta etapa de “Caminhos do pensamento” porque, segundo Minayo (2010), não constitui um ponto de chegada, mas um acesso para dialogar com o estudo.

Considerando o objeto do estudo, foi adotado o processo de trabalho em saúde como marco teórico, tendo por referência os estudos de Egrý (1996; 2008; 2009 e 2010). A autora, na perspectiva do materialismo histórico e dialético, considera que “os processos específicos de trabalho visam transformar o objeto.” (EGRY, 2010, p. 73). Dessa forma, justifica-se a sequência de apresentação dos caminhos de aproximação ao tema.

### 2.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho compõe uma categoria fundamental que define a posição dos sujeitos na sociedade, na qual o poder de consumo e o acesso às condições dignas de vida são determinados pelas condições desse trabalho (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2009).

Mendes-Gonçalves (1992) adota concepções de trabalho pautado na teoria marxista, segundo a qual o trabalho consiste num processo de transformação que o ser humano opera para atender as necessidades humanas, constituídas histórica e socialmente. O autor enfatiza ainda que o trabalho é uma categoria potente para responder às novas necessidades sociais, que demandam mudanças.

Para Egrý (1996, p. 77),

O trabalho, enquanto atividade humana, distingue o homem dos demais seres vivos, precisamente porque o humano é capaz de pré-conceber a transformação oriunda de sua ação. Melhor dito, ele é capaz de visualizar o objeto transformado ao aproximar-se dele com os instrumentos do seu processo de trabalho.

Nessa perspectiva, os elementos que compõem o processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim (finalidade), os meios de trabalho, o instrumental de trabalho, o objeto de trabalho, o agente e o produto (QUADRO 1).

QUADRO 1 – ELEMENTOS CONSTITUINTES DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Finalidade	É a antevisão do objeto modificado – como ficaria o novo objeto após a intervenção.
Meios	São os lugares e equipamentos onde se instalam os processos de trabalho (por exemplo: consultórios, salas, escolas, hospitais).
Instrumentos	São as ferramentas que se interpõem entre o objeto e o agente para cumprir a finalidade.
Objeto	É a matéria que será modificada no processo de trabalho.
Agente	São as pessoas que participam dos processos de trabalho.
Produto	É o final de dado processo de trabalho.

FONTE: Adaptado de EGRY (2010).

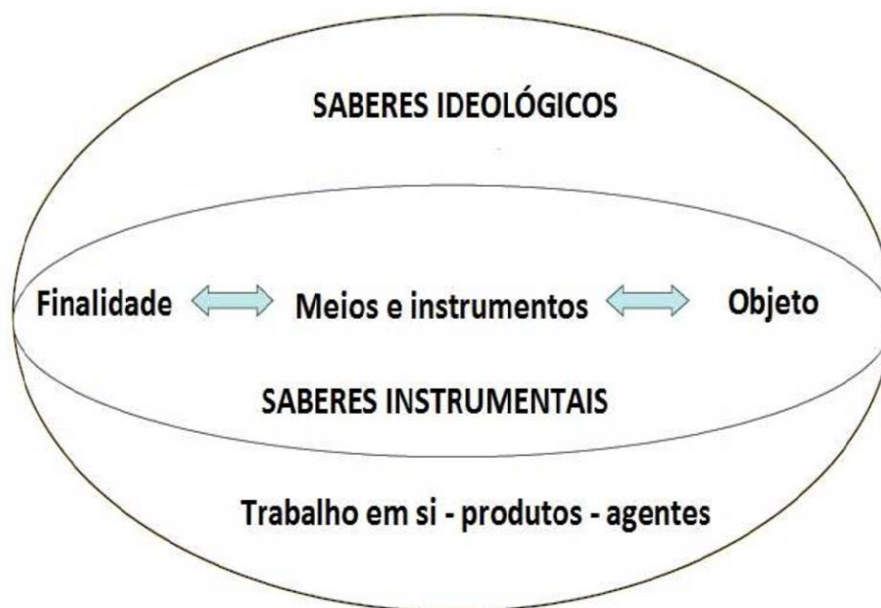
No que se refere ao processo de trabalho em saúde, Fracolli e Bertolozzi (2009, p. 17) registram que é importante considerar os seguintes aspectos principais:

Constitui uma intervenção sobre determinado objeto ou necessidade, o que significa que é como uma prática social; não se reduz a uma prática exclusivamente técnico-científica, mas requer outros instrumentos e meio de trabalho, orientados à finalidade do processo de trabalho [...]; há uma consubstancialidade e circularidade entre o processo de trabalho e as necessidades de saúde; é um serviço: a assistência à saúde constitui-se como um serviço, fundamentada em relações entre sujeitos [...].

Nesse sentido, para Emiko Yoshikawa Egrý (2010, p. 73), “O trabalho em si ocorre por ação dos agentes (trabalhadores da saúde), realizando os produtos, no caso da saúde, os serviços de saúde”. Salienta que o alcance das finalidades do setor saúde é baseado em objetos e instrumentos, em que o objeto se modifica mediante atuação dos agentes em saúde.

Para a mesma autora, o trabalho é direcionado por um saber ideológico que rege a totalidade maior (paradigma da saúde) e por um saber instrumental que ocorre quando os instrumentos são aliados a teorias, sendo indispensável a conexão entre esses saberes para a ocorrência do trabalho em saúde (EGRY, 2010) (FIGURA 1).

FIGURA 1 – PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE: EXPLICANDO A INTERIORIDADE DAS PRÁTICAS



FONTE: EGRY (2010).

Neste estudo, fundamentado em Egrý (2010), os saberes ideológicos presentes no processo de trabalho dos profissionais das equipes do CR foram assim constituídos:

- Bases teóricas das Políticas Públicas;
- Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria n. 2.488 do MS (apresentada na sequência deste estudo);
- Necessidades da pessoa em situação de rua.

Os saberes instrumentais são aqueles que, para cumprir sua finalidade, se apresentam entre o agente e o objeto (EGRY, 2010). Neste estudo, os agentes foram representados pelos profissionais da equipe do CR, e o objeto, pela pessoa em situação de rua (usuário do CR). Dessa forma, tais saberes foram: registros na base informatizada da SMS, normas, fluxos e rotinas institucionais e intersetoriais, procedimentos técnicos e agenda<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Plano de trabalho que contempla compromissos, atividades diárias e/ou semanais.



### 2.1.1 Registros em saúde – prontuário eletrônico

O registro em saúde, instrumento inerente ao desenvolvimento do trabalho, tem como função principal auxiliar a equipe na visualização de seu cuidado, dando subsídios para identificar problemas e potencialidades no processo.

Para diversos autores, o registro é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço, pois a qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada (ZURITA et al., 2010; PATRÍCIO, 2011; LOPES, 2014).

O Ministério da Saúde instituiu o registro obrigatório, em prontuário único, das atividades desenvolvidas por profissionais da saúde<sup>4</sup> e estabeleceu que o prontuário é um conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinado ao registro dos cuidados dos profissionais de saúde, prestados ao paciente em um estabelecimento de saúde (MINAS GERAIS, 2007).

O registro é conceituado também como:

Um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CFM, 2002).

Nesse sentido, o prontuário no qual são efetuados os registros do cuidado prestado é elemento fundamental na gestão da atenção à saúde, uma vez que, segundo Mendes (2011, p. 140), “dele derivam fluxos importantes para alimentar os sistemas de informação em saúde, os bancos de dados e de conhecimentos, a pesquisa científica, a teleassistência, o sistema de gestão da clínica e o sistema de gestão financeira”.

Os prontuários podem se apresentar em versão de papel e eletrônica. Com relação aos prontuários eletrônicos, podemos considerá-los registros eletrônicos de saúde, que centralizam os dados sobre as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde, organizados a partir da identificação dessas pessoas, de forma longitudinal, envolvendo todos os pontos de atenção à saúde e todos os serviços prestados.

---

<sup>4</sup> Médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, farmacêutico e pessoal auxiliar.

Dessa forma, fornecem subsídios que podem melhorar o cuidado em saúde, por vincular eletronicamente avaliações, intervenções e resultados e apoiar o processo decisório (PERES, 2012).

Um dos elementos fundamentais do prontuário eletrônico é a identificação do usuário. Em muitos pontos de atenção à saúde, faz-se necessária a comprovação documental (certidão de nascimento ou documento de identificação com foto) e a comprovação de endereço da residência para o cadastramento no sistema de saúde, que gerará o cartão de identificação das pessoas usuárias do sistema.

A pessoa em situação de rua muitas vezes não possui esses documentos, o que leva à subnotificação de atendimentos e dificuldade de coordenação desse cuidado. Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, por meio da Instrução Normativa 02/2014 (Curitiba, 2014a), dispôs sobre o cadastramento dos usuários do SUS no prontuário eletrônico e trouxe a não obrigatoriedade da apresentação do comprovante de endereço quando o usuário se autorreferir como PSR, apresentando também a possibilidade de registro com o nome social declarado. No entanto, isso não resolve a invisibilidade desse usuário.

A decisão, que facilita sobremaneira o acesso ao serviço pelo usuário que vive em situação de rua, também traz desafios para o cuidado continuado a esse usuário, uma vez que a pessoa em situação de rua (PSR) pode nominar-se “João” (nome social) em um atendimento e “José” num outro momento.

Além disso, com relação aos medicamentos estratégicos, aqueles utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico, como os de AIDS e tuberculose, considerados de acesso universal e gratuito pelo MS, a PSR indocumentada não tem acesso a eles, uma vez que esses medicamentos são liberados mediante registro em sistema de dispensação de medicamentos do MS, que exige documento expedido por órgão público, com foto do usuário. O mesmo acontece com o internamento em hospitais para tratamento de alcoolismo e drogadição, pois se solicita assinatura de um familiar ou pessoa responsável para efetivar o registro de internamento.

Dessa forma, faz-se necessário um processo de trabalho proativo na atenção à saúde a esse segmento populacional, trabalho que incorpore a intersetorialidade, a multiprofissionalidade, o vínculo e o olhar atento às particularidades e singularidades desses indivíduos, viabilizando o acesso, a continuidade e a integralidade do cuidado.

## 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Acredita-se que a expressão *atenção primária* tenha sido cunhada em 1920, pelo relatório Dawson, que mencionava os Centros de Atenção Primária à Saúde como núcleos dos serviços regionalizados do Reino Unido, cujo sistema de saúde apresentava uma estrutura operacional em diferentes níveis de atenção, sendo a mais básica conhecida como Centro de Atenção Primária à Saúde, apoiado por especialistas e hospitais (MAESENNER et al., 2008). Entretanto só em 1978 esse conceito foi consagrado e aprovado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em Alma-Ata, durante a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, com a seguinte definição:

[...] Assistência essencial à saúde baseada em métodos e tecnologia práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis aos indivíduos e famílias da comunidade por meios aceitáveis para eles a um custo que a comunidade e o país possam sustentar para manter cada estágio de seu desenvolvimento com um espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma uma parte integrante tanto do sistema de saúde dos países dos quais é uma função essencial como do foco principal do desenvolvimento social e econômico geral da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a assistência à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham e constitui o primeiro elemento do processo contínuo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 1-2).

Todavia existem diferentes interpretações dessa definição em diversos países e continentes. Tal polissemia é vista tanto na literatura internacional quanto na nacional. As declarações de Alma-Ata foram reinterpretadas, construindo uma atenção primária seletiva, ou seja, um conjunto restrito de intervenções voltadas a pessoas pobres, por meio da oferta de uma cesta básica de serviços (MENDES, 2011).

A dificuldade de uma definição precisa da APS está na ambiguidade do termo *primário*, que pode conotar diferentes significações: simples ou básico, ponto de primeiro contato, ponto principal de atenção à saúde, ponto de triagem, assistência menor, elementar, uma vez que a palavra *primária* tanto pode ser interpretada como principal, fundamental, quanto como limitada, rudimentar, superficial (FERREIRA, 2010).

Nos últimos anos, principalmente no Brasil, a definição operacional da APS sistematizada por Starfield (2002) vem sendo muito utilizada, inclusive pelo Ministério da Saúde. Na Política Nacional de Atenção Básica, Portaria n. 2.488 do

MS, os termos Atenção Básica (AB)<sup>5</sup> e Atenção Primária à Saúde são considerados equivalentes, sendo a atenção básica definida como:

[...] Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012a, p. 19).

Starfield (2002) propõe um esquema no qual a APS é vista como o primeiro nível de atenção, enfatizando como atributos essenciais o acesso, a longitudinalidade, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do próprio sistema de saúde, podendo contar com características complementares (atributos derivados), como a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural (QUADRO 2).

QUADRO 2 – ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

continua

Essenciais	Acesso	Primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.
	Longitudinalidade	Existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa, que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.
	Integralidade da atenção	Leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. A APS também se responsabiliza pelos encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

<sup>5</sup> Nesta pesquisa, preferimos utilizar o termo Atenção Primária à Saúde por considerarmos como o primeiro cuidado com a saúde da pessoa, a atenção prioritária, que orienta todo o sistema de saúde.

QUADRO 2 – ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

conclusão

Essenciais	Coordenação do cuidado	Continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração desse cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.
Derivados	Orientação familiar	A avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.
	Orientação comunitária	Reconhecimento, por parte do serviço de saúde, das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
	Competência cultural	Adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com ela.

FONTE: Adaptado de STARFIELD (2002).

A estruturação da APS no Brasil iniciou em 1982, com o programa de Ações Integradas de Saúde, considerado importante estratégia para a universalização da saúde, que prosseguiu com a instituição do Sistema Único e Descentralizado de Saúde e posteriormente culminou no Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado na Constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis n. 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde, regulamentada pelo Decreto n. 7508/2011) e n. 8142/90. A finalidade de tal processo foi alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório, de forma gratuita, o atendimento público a qualquer cidadão brasileiro.

A Constituição Federal de 1988, sobretudo pelo explícito nos artigos 5º e 6º, determina a igualdade de todos perante a lei e direitos sociais (BRASIL, 1988).

Dessa forma, a população em situação de rua passou a compor as agendas das políticas públicas, conforme demonstrado no QUADRO 3.

QUADRO 3 – POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA – RECORTE A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

continua

ANO	LEGISLAÇÃO E EVENTOS QUE BUSCAM GARANTIR DIREITOS DA PSR	DESCRIÇÃO
1993	Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).	Assistência social como política pública, direito do cidadão e dever do Estado, além de garantia da universalização dos direitos sociais.
1993	Fórum Nacional de Estudos sobre População de Rua (São Paulo).	Originado da articulação entre entidades governamentais e não governamentais, a partir das experiências bem-sucedidas em São Paulo e Belo Horizonte com catadores e moradores de rua, reúne técnicos e agentes envolvidos em projetos de apoio e atenção a esse grupo.
1995	Grito dos Excluídos.	Conjunto de manifestações populares que ocorrem no Brasil e têm como objetivo dar visibilidade aos excluídos da sociedade, denunciar os mecanismos sociais de exclusão e propor caminhos alternativos para uma sociedade mais inclusiva.
2001	1º Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis e 1ª Marcha Nacional da População de Rua (Brasília).	Formulação da “Carta de Brasília”, que apresenta reivindicações e propostas à sociedade e ao poder público: o reconhecimento da existência da PSR; a inclusão dessa parcela da sociedade no censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); a integração e criação de políticas para atendimento a essas pessoas; a integração desse grupo na política habitacional; a garantia de acesso ao SUS e à educação.
2004	Morte de moradores de rua em São Paulo.	Ataque a 15 pessoas em situação de rua, resultando na morte de 7. Esse massacre exaltou a cobrança por proteção e políticas públicas para essa população.
2004	Política Nacional de Assistência Social – Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) n. 145/2004.	Proteção social especial ao atendimento da PSR.
2005	Lei Federal n. 11.258/05, de 30 de dezembro de 2005.	Primeiro esboço da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Poder público municipal passou a ter a tarefa de manter serviços e programas de atenção à população em situação de rua.
2005	4º Festival Lixo e Cidadania (Belo Horizonte).	Lançamento do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), como expressão da participação organizada da PSR em várias cidades brasileiras: Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia e Cuiabá.
2005	I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua (Brasília).	Discussão dos desafios e estratégias para a construção das políticas públicas para a PSR, com a participação de municípios, entidades não governamentais, representantes da PSR e representantes das Secretarias do MDS.

QUADRO 3 – POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA – RECORTE A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

conclusão

ANO	LEGISLAÇÃO E EVENTOS QUE BUSCAM GARANTIR DIREITOS DA PSR	DESCRIÇÃO
2005	Lei n. 11.258, de 30 de dezembro de 2005.	Alteração da LOAS e inclusão do atendimento especializado para a PSR.
2006	Grupo de Trabalho Interministerial.	Início da elaboração da política pública para a PSR.
2006	Portaria MDS n. 381, de 12 de dezembro de 2006.	Instituição do cofinanciamento de serviços continuados de acolhimento institucional, que estabeleceu normas para o repasse de recursos socioassistenciais para despesas de custeio, inclusive para a proteção social especial de alta complexidade.
2007	Portaria MDS n. 224, de 25 de junho de 2007.	Instituição do cofinanciamento de projetos de adequação das unidades de abrigo.
2008	Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.	Pesquisa realizada pelo MDS em 71 cidades brasileiras com vistas à quantificação e caracterização socioeconômica da PSR.
2009	II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua (Brasília).	Debate sobre a Política Nacional para Inclusão Social da PSR e também sobre a participação do Movimento Nacional da População de Rua em atividades dos movimentos sociais.
2009	Decreto n. 7.053, de 23 de dezembro de 2009.	Instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR).
2009	Criação das equipes Consultório de Rua pelo MS.	Ações destinadas a usuários de drogas em situação de rua, uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas e também do Plano Nacional Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas.
2010	Portaria MDS n. 843, de 28 de dezembro de 2010.	Estabelece o cofinanciamento federal dos Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua, em que são contemplados municípios com população superior a 250.000 habitantes.
2010	Elaboração do Formulário Suplementar 2 pelo MDS.	Guia de Cadastramento de Pessoas em Situação de Rua, inclusão das pessoas em situação de rua no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal.
2011	Portaria GM/MS n. 2.488, de 21 de outubro de 2011.	Estabelecimento da Política Nacional de Atenção Básica, que prevê Equipes de Consultório na Rua – eCRs.
2012	Portaria n. 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012.	Definição das diretrizes e organização dos Consultórios na Rua.

FONTE: Adaptado de SILVA (2009), BRASIL (2012a), BRASIL (2012b), BRASIL (2013b) e LOPES (2014).

## 2.3 CONSULTÓRIO NA RUA

O Consultório na Rua busca atuar frente aos diferentes problemas e necessidades em saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e prestação de cuidados aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2012c). Conforme a legislação vigente, o poder público municipal passou a ter a tarefa de manter serviços e programas de atenção à população de rua, garantindo padrões básicos de dignidade e não violência na concretização de mínimos sociais e dos direitos de cidadania a esse segmento social.

As eCRs, equipes da Atenção Básica, têm a função de ordenamento da rede, inserindo o atendimento das pessoas em situação de rua nos mais variados espaços do SUS e de outras políticas públicas.

O desenho das eCRs advém das experiências da Estratégia Saúde da Família (ESF) sem domicílio<sup>6</sup> e das equipes de Consultório de Rua. Nessa nova proposta, o Consultório de Rua foi ampliado em relação à composição de sua equipe e à capacidade resolutiva de sua clínica (FIGURA 2). Com isso, as ofertas da Saúde Mental (SM) e da Redução de Danos (RD) associaram-se às ofertas da Atenção Primária.

FIGURA 2 – EXPERIÊNCIAS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A CONSTITUIÇÃO DAS eCRs



FONTE: BRASIL, 2012c.

<sup>6</sup> Curitiba contava com duas equipes ESF sem domicílio e uma equipe de Consultório de Rua antes da implantação do Consultório na Rua.



A associação dessas duas experiências se deu por conta de lógicas do cuidado. As equipes ESF sem domicílio atuavam na promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. A composição mínima da equipe prevista pelo MS era de: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde.

Na perspectiva da SM, o foco do atendimento eram jovens usuários de substâncias psicoativas e se trabalhava na lógica da subjetividade e da Redução de Danos. Segundo Macerata (2013), a redução de danos traz a construção de estratégias de produção de saúde a partir da singularidade de cada sujeito, desloca o olhar da saúde do foco na droga para o foco na vida do sujeito, em que o cuidado considera a experiência do usuário com a droga como fator real e existente, sem buscar eliminá-la imediatamente. Para Lancetti (2008), tal estratégia representa menos uma diminuição do risco e mais uma ampliação da vida.

Dessa forma, com a fusão constitutiva das eCRs, a APS tem sua capacidade técnica e política ampliada ao considerar e tratar, em suas ações de cuidado, da dimensão subjetiva em cada realidade singular (sujeito e território), bem como ao utilizar a metodologia e a ética veiculadas às práticas da RD, para aproximação e cuidado dos sujeitos e território (LOPES, 2014).

Nesse sentido, Souza e Macerata (2015) salientam que as eCRs estão prestes a desenvolver um novo padrão de atenção, com potencial para alterar a ação das ESFs tradicionais, ao adentrar um espaço (território) com um funcionamento muito diferente, que tem a rua como território de vida, território que impõe a quebra da lógica domiciliar da ESF tradicional com uma nova maneira de analisar e atuar no território e no cuidado.

As equipes dos CRs podem ter três modalidades (QUADRO 4), prestando atenção integral à saúde de uma referida população em situação de rua *in loco*. As atividades são realizadas de forma itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades de Saúde (US), às equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

QUADRO 4 – MODALIDADES DAS EQUIPES DO CR

Modalidade I	4 profissionais (2 nível superior*) + (2 nível médio**)
Modalidade II	6 profissionais (3 nível superior*) + (3 nível médio**)
Modalidade III	Modalidade II + profissional médico
*enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional. **agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico de saúde bucal, cirurgião dentista <sup>7</sup> , profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte ou educação.	

Fonte: BRASIL (2014).

As equipes do CR atendem de oitenta a mil pessoas em situação de rua, cumprindo carga horária mínima semanal de 30 horas, tendo horário de funcionamento adequado às demandas das PSR. Seu processo de trabalho pode ocorrer em período diurno e noturno e em qualquer dia da semana.

Por meio do trabalho do CR criaram-se novas perspectivas para a atenção à saúde da PSR, seja em aspectos biológicos, psicológicos ou sociais. Parte-se do pressuposto de que o reconhecimento do outro, em sua singularidade, é a condição de possibilidade do estabelecimento de vínculo de cada um com a equipe.

Para Nery Filho, Valério e Monteiro (2011), vínculo é o meio pelo qual é possível realizar intervenções em saúde e em assistência social, orientações sobre o autocuidado, redução de danos, prevenção de agravos e promoção da saúde.

## 2.4 PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA

A definição de pessoa em situação de rua é heterogênea. Na União Europeia, não há acordo sobre uma definição comum desse segmento populacional, mas aqueles que dormem na rua ou que vivem em alojamento transitório são reconhecidos como moradores de rua (BUSCH-GEERTSEMA et al., 2010).

Similarmente, nos Estados Unidos, há mais de uma definição oficial. Os centros de saúde financiados pelo *U.S. Department of Health and Human Services*

<sup>7</sup> Embora o cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional em arte ou educação tenham nível superior, na Portaria n. 1.029, de 20 de maio de 2014 (MS), são categorizados como nível médio na composição das eCR (BRASIL, 2014a).

(HHS) definem *homeless* como indivíduo sem habitação permanente, que pode viver nas ruas, em abrigos ou em instalações abandonadas (NHCHC, 2015).

Na Austrália, a falta de moradia é definida como primária (pessoas sem alojamento regular), secundária (pessoas que vivem em abrigos ou temporariamente com a família ou amigos ou casas de passagem) ou terciária (pessoas que vivem em moradias precárias ou em casas de passagem) (ABS, 2015).

No Brasil, a expressão *pessoa em situação de rua* expressa a situação do sujeito em relação à rua, e não apenas à ausência de casa, como outros países tendem a classificar.

Para Lopes (2014), a população de rua abrange vários tipos de relações com a rua: pessoas com endereço fixo que passam a maior parte do tempo nos logradouros públicos; pessoas que moram na rua em tempo integral, que há muito perderam qualquer referência domiciliar ou familiar; imigrantes; desempregados, egressos dos sistemas penitenciário e psiquiátrico; pessoas que transitam de uma cidade a outra, entre outras situações que podem ou não ser definidas, mas que possuem em comum a condição de pobreza absoluta e a falta de pertencimento à sociedade formal.

Sabe-se que essas pessoas têm algumas particularidades, sendo reconhecidas por meio de nomeações como *moradores de rua*, como se apenas o fato de morarem nas ruas lhes concedesse, de antemão, uma identidade já constituída (NERY FILHO, VALÉRIO e MONTEIRO, 2011).

Aquele que foi morar na rua viveu um rompimento com as dinâmicas e padrões estabelecidos pela sociedade, rompeu laços com a família, com o emprego, com os domicílios, com tudo aquilo que organiza a sociedade. Segundo Macerata (2010), o viver na rua evidencia, desse modo, as diferenças e os abismos sociais em seu grau máximo: a rua é o local de destino daqueles que perderam seu lugar, seja dos bairros mais abastados, seja das periferias ou dos presídios.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua define esse grupo populacional como

[...] Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009, p. 8).

Para Silva (2009), trata-se de um fenômeno multifacetado, que não pode ser explicado por uma perspectiva unívoca e monocausal. Considera-se que existem vários motivos para morar na rua, assim como são diferentes as realidades de cada morador de rua.

[...] pode-se dizer que o fenômeno população em situação de rua vincula-se à estrutura da sociedade capitalista e possui uma multiplicidade de fatores de natureza imediata que o determinam. Na contemporaneidade, constitui uma expressão radical da questão social, localiza-se nos grandes centros urbanos, sendo que as pessoas por ele atingidas são estigmatizadas e enfrentam o preconceito como marca do grau de dignidade e valor moral atribuído pela sociedade. É um fenômeno que tem características gerais, porém possui particularidades vinculadas ao território em que se manifesta. No Brasil, essas particularidades são bem definidas. Há uma tendência à naturalização do fenômeno, que no país se faz acompanhada da quase inexistência de dados e informações científicas sobre o mesmo e da inexistência de políticas públicas para enfrentá-lo (SILVA, 2009, p. 122).

Segundo Fazel et al. (2014), as causas da situação de rua são complexas. Alguns autores apontam que essa situação é uma interação entre fatores singulares e estruturais, o que inclui a presença ou ausência de uma rede de segurança, pobreza, maus-tratos na infância, problemas de saúde, violência doméstica, uso abusivo de álcool e drogadição (BUSCH-GEERTSEMA et al., 2010; PATTERSON, SOMERS, MONIRUZAMAN, 2012; THOMPSON et al., 2013).

Pessoas em situação de rua vivenciam inúmeras dificuldades, sendo a precária forma de viver a mais evidente delas. A vulnerabilidade social<sup>8</sup> faz com que a PSR vivencie inúmeros problemas: desconforto em face da diversidade da rua, dificuldade de obtenção de documentos, ambiente sem condições de cuidados básicos, precariedade da vida (tendo em vista as condições de higiene), falta de local adequado para descanso, incômodo da insegurança e, principalmente, o olhar suspeito e preconceituoso que, muitas vezes, lhe dirige a sociedade que a cerca (SOTERO, 2011).

Segundo Nery Filho, Valério e Monteiro (2011), a condição de exclusão social é, fundamentalmente, reflexo do modo como a sociedade reconhece tais pessoas: um reconhecimento marcado intensamente pelos estigmas da marginalidade, da criminalidade e da miséria. Lopes (2014) reitera que a exclusão

---

<sup>8</sup> Vulnerabilidade social é aqui entendida como uma dimensão tanto dos processos de exclusão, discriminação ou enfraquecimento dos grupos sociais quanto da capacidade de enfrentamento dessas condições. Não se restringe a suscetibilidades individuais, mas se refere ao plano coletivo (NAKAMURA et al., 2009).

social desse grupo tem origens econômicas, mas caracteriza-se, também, pela falta de pertencimento social, por falta de perspectivas, dificuldade de acesso à informação e perda de autoestima. A crença de que são pessoas à margem da sociedade reforça sua invisibilidade social.

## 2.5 NECESSIDADES EM SAÚDE

Este tema há muito circula como questão primordial no campo da Saúde Coletiva<sup>9</sup>, seja em estudos sobre o acesso a serviços e cuidados, sobre a qualidade da assistência e das práticas dos profissionais, seja sobre os direitos à saúde e os deveres do Estado na composição de políticas públicas (EGRY, 2008; SCHRAIBER, 2012).

Para Egrý (2010), “[...] em um processo de trabalho de assistência ou de planejamento, o objeto é o abrigo das necessidades em saúde.” Mendes-Gonçalves (1992) considera que a satisfação dessas necessidades é a finalidade do trabalho humano.

Fundamentada nas obras de Marx, Agnes Heller (1986, p. 170) desenvolveu o conceito de *necessidades*. Para ela,

[...] La necesidad es deseo consciente, aspiración, intención dirigida en todo momento hacia un cierto objeto y que motiva la acción como tal. El objeto en cuestión es un producto social, independientemente del hecho de que se trate de mercancías, de un modo de vida o del “hombre otro”.

Distingue ainda, tipos de necessidades, visualizados no quadro a seguir:

QUADRO 5 – TIPOLOGIA DAS NECESSIDADES

continua

Necessidades naturais	Necessidades relativas a manutenção da própria vida humana: alimentação, abrigo, necessidade sexual, de contato social e cooperação.
Necessidades necessárias	Necessidades compreendidas como aquelas que precisam ser satisfeitas para que os membros de uma classe social tenham a sensação de que suas vidas são “normais”; incluem a liberdade, a autonomia, a autorrealização, a autodeterminação, a atividade moral e a reflexão, entre outras.

<sup>9</sup> Campo de produção de teorias e práticas fundamentadas no materialismo histórico e dialético; emergiu com o sentido de ampliar as práticas e o conhecimento em saúde por meio da participação das categorias de trabalhadores, profissionais da saúde, incluindo cientistas sociais e atores sociais. Constitui tanto um campo científico como um movimento ideológico que contribuiu para a construção do SUS (EGRY; OLIVEIRA; FONSECA, 2008).

Necessidades alienadas	Necessidades próprias do capitalismo, são produzidas pela relação do indivíduo com a sociedade, no qual se destaca o processo de produção-consumo: dinheiro, poder e posse de objetos.
------------------------	--

FONTE: Adaptado de HELLER (1986).

Chaves e Egry (2013) apontam que, em uma sociedade capitalista, as necessidades, mesmo sendo necessárias para a vida, só serão atendidas de acordo com as possibilidades e obstáculos presentes nesse espaço, histórico e socialmente construído.

Nesse sentido, segundo Egry (2009), a proposição presente nos processos de trabalho é social – não individualizada –, de tal modo que o trabalho é orientado para as necessidades sociais que o justificam.

Stotz (1991) citado por Silva, Batistella e Gomes (2007, p. 165) afirma:

As necessidades de saúde, vistas de modo amplo, como expressões de sujeitos individuais e coletivos, são mais do que a “falta de algo” para se ter saúde. Limitadas a essa dimensão, reduzem-se aos aspectos fisiopatológicos, ao corpo (e mente) “disfuncional” ou “inadaptado”. Pelo contrário, as necessidades de saúde, enquanto necessidades sociais dos indivíduos, como expressão histórica de movimentos que assumem como iníquas certas condições sociais, são potencialidades. E são potencialidades na medida em que as carências comprometem, motivam e mobilizam as pessoas.

As necessidades em saúde são, segundo Cecílio (2009, p. 117), centrais nas intervenções e práticas, podendo ser consideradas analisadoras desse processo, particularmente pela

[...] potencialidade que têm de ajudar os trabalhadores / equipes / serviços / rede de serviços a fazer uma melhor *escuta* das pessoas que buscam *cuidados em saúde* [...]. Mil possibilidades de escuta se abrem quando o conceito de necessidade de saúde é incorporado pela equipe.

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Norma Fumie Matsumoto (2006) apontaram que as necessidades em saúde podem ser captadas e trabalhadas em sua expressão individual, embora sejam determinadas e construídas socialmente. Para tanto, construíram uma taxonomia, baseada em múltiplas perspectivas teóricas, que organiza as necessidades em saúde segundo quatro grupos (QUADRO 6).

QUADRO 6 – TAXONOMIA DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

Necessidades em saúde	Conceito	Reconceitualização
Boas condições de vida	Tanto podem estar relacionadas às necessidades “fisiológicas”, como alimentação, saneamento, moradia, quanto às necessidades mais “complexas”, como segurança e afeto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>reconhecer que “boas condições de vida” poderiam ser entendidas tanto no sentido mais funcionalista, que enfatiza os fatores do “ambiente”, “externos”, que determinam o processo saúde-doença (Leavell e Clark), como nas formulações de autores de extração marxista (Berlinguer, Castellanos, Laurell e Breilh), que enfatizam os diferentes lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo nas sociedades capitalistas como as explicações mais importantes para os modos de adoecer e morrer.</li> </ul>
Acesso ao consumo de tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida	Respeita-se a necessidade de acesso às tecnologias leves (habilidades relacionais), leve/duras (ações programáticas, práticas) e duras relacionadas (equipamentos, infraestrutura). Cabe dizer que a importância hierárquica da oferta e consumo dessas tecnologias dependerá das necessidades reais de cada usuário.	<ul style="list-style-type: none"> <li>abandonar qualquer pretensão de hierarquização de tecnologias conceituadas por MERHY (1997) – tecnologias leves, leve/dura e duras.</li> </ul>
Vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)	A formação de vínculos entre usuário e comunidade, e a equipe e um profissional compõe esta categoria. Aqui, entende-se vínculo como “encontro de subjetividades, contínua no tempo, pessoal e intransferível”.	<ul style="list-style-type: none"> <li>reconhecer que o vínculo é mais do que a simples adesão a um serviço ou a inscrição formal em um programa.</li> </ul>
Autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito)	Refere-se à necessidade dos sujeitos de ter autonomia, ou seja, de ter a possibilidade de reconstrução e ressignificação dos sentidos de sua vida e de sua forma de viver. Abrange também a luta pela satisfação de suas necessidades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>reconhecer que a informação e a educação em saúde são apenas parte do processo de construção da autonomia de cada pessoa.</li> </ul>

FONTE: Adaptado de CECÍLIO e MATSUMOTO (2006).

Para Egry e Oliveira (2008, p. 35), essa taxonomia, usada pelos profissionais de saúde, em especial da APS, “pode favorecer a reflexão dos trabalhadores da saúde, de modo a reorientar a lógica do trabalho em saúde pela perspectiva da

integralidade”. Tal pensamento é compartilhado por Moraes, Bertolozzi e Hino (2011) quando afirmam que essa taxonomia instrumentaliza a compreensão das necessidades em saúde, com reflexos para a efetivação da satisfação de tais necessidades.

Cecílio (2009, p. 120) enfatizou que, no encontro do usuário com a equipe, deveria prevalecer o compromisso e a preocupação de fazer a melhor escuta das necessidades em saúde trazidas pela pessoa que busca o serviço, apresentadas ou travestidas em alguma(s) demanda(s) específica(s). “A demanda é o pedido explícito, a tradução de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, demanda são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem; as necessidades podem ser bem outras”. Para Lopes (2014), as demandas apresentadas merecem ser problematizadas, uma vez que novas questões podem ser descortinadas e o potencial de cuidado da equipe pode ser ampliado.

O reconhecimento das necessidades em saúde da população depende da capacidade do sistema de saúde de focar efetivamente a saúde das pessoas “na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham” (STARFIELD, 2002, p. 27).

Nesse sentido, Souza (2008) coloca que a compreensão das necessidades em saúde de uma dada coletividade é condição para que se possa organizar um sistema de saúde e programar a prestação de serviços para atendê-las.

A especificidade da rua impõe desafios, pois as pessoas que vivem na rua apresentam necessidades naturais, necessárias e alienadas, sendo essas demandas inseparáveis. É preciso, portanto, fazer uma discussão com base teórica para a compreensão das necessidades em saúde, tendo claro que as necessidades em saúde são social e historicamente determinadas (MELO-FILHO, 1995).



### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

Por se tratar de uma proposta inovadora de atenção a pessoas em situação de rua, o processo de trabalho dos profissionais que integram as equipes de Consultório na Rua apresenta facetas ainda não completamente reveladas por outros autores. Por isso, optou-se por um estudo com abordagem qualitativa e de cunho exploratório, quanto aos fins, e estudo de caso, quanto aos meios.

Segundo Tobar e Yalour (2004), a pesquisa qualitativa exploratória é realizada em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado. Com relação ao estudo de caso, é recomendado quando se utilizam poucas unidades de análise. Logo, sua riqueza não está na extensão, mas na profundidade, pois se busca narrar as similaridades existentes e traçar perfis exclusivos, com certo nível de detalhes.

Para Egry (2015, p. 84), “[...] a pesquisa qualitativa também é apropriada para fenômenos complexos, intensos ou profundos e única para articular as partes da totalidade, em um movimento dialético de reconstrução do real”.

Este estudo teve como marco teórico o processo de trabalho e como categorias de análise os saberes instrumentais e ideológicos.

#### 3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Curitiba, capital do Estado do Paraná, com território de 432 km<sup>2</sup>, quase totalmente ocupado. Curitiba situa-se num altiplano a 934 metros acima do nível do mar. Em 2010 tinha uma população de 1.751.907 habitantes e uma Região Metropolitana formada por 26 municípios, com uma população de 3.168.980 habitantes (FIGURA 3) e taxa anual de crescimento de 3,02%, superior à média verificada nos demais centros urbanos (1,53% ao ano) (IBGE, 2010).

Em 1º de julho de 2015, Curitiba possuía uma população estimada de 1.879.355 habitantes, sendo a maior cidade do Sul do país e a oitava maior do país em relação à PSR (IBGE, 2015).

FIGURA 3 – MAPA DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA



FONTE: IPPUC – 2015.

Com aproximadamente 82 milhões de m<sup>2</sup> de área verde, Curitiba tem um dos melhores índices de área verde do país, destinando 52 m<sup>2</sup>/habitante. Ocupa o 4º lugar no *ranking* das cidades de maior Produto Interno Bruto, com base no PIB de 2008, e sua economia está baseada na indústria e no comércio, sendo considerada a principal cidade na Região Sul (IPPUC, 2010). O QUADRO 7 apresenta informações gerais da cidade e destaca alguns indicadores.

QUADRO 7 – INFORMAÇÕES GERAIS E ALGUNS INDICADORES DO ANO DE 2010 EM CURITIBA-PR

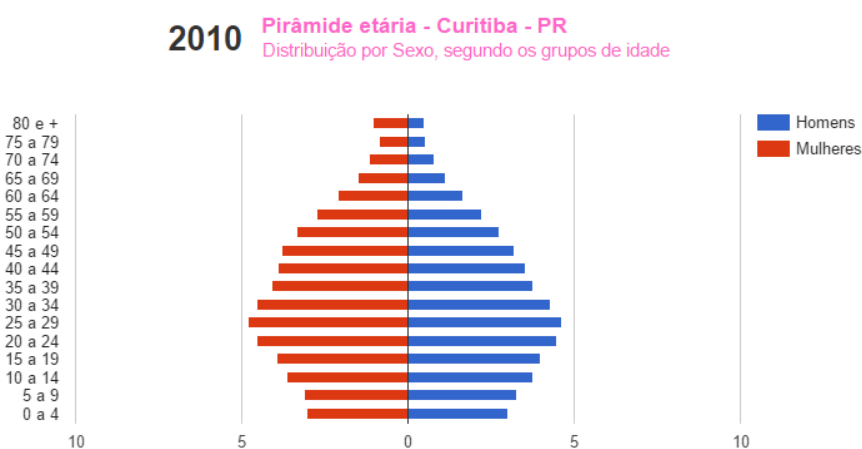
Ano de instalação	1693
Área	434,967 km <sup>2</sup>
Área verde por habitante	64 m <sup>2</sup>
Bairros	75
Clima	Subtropical
População	1.751.907 habitantes
Densidade demográfica	3.993,64 hab/km <sup>2</sup>
Pluviosidade	1.500 mm/ano
Temperatura média no verão	21°C
Temperatura média no inverno	13°C
Índice Municipal de Desenvolvimento Humano	0,856 – Muito Alto (IDHM entre 0,800 e 1)
Índice de Condição de Vida (ICV)	0,808
Índice Sintético de Satisfação da Qualidade de Vida	81,75%
Taxa de alfabetização	96,86%
Esperança de vida ao nascer	76,3
Mortalidade até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos)	11,9
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	1,6
Proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola	94,44%
Proporção de crianças de 11 a 13 anos	89,06%
Proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental	71,63%
Proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo	57,79%
Renda <i>per capita</i> média de Curitiba	R\$ 1.581,04
Índice de Gini <sup>10</sup>	0,55

Fonte: IPPUC (2010), IBGE (2010), PNUD, IPEA e FJP (2013).

<sup>10</sup> É um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo 0 a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, uma só pessoa detém toda a renda do lugar.

A pirâmide etária do município de Curitiba para 2010 apontou redução de crianças e adolescentes, e a faixa etária prevalente é a de 25 a 29 anos para ambos os sexos (FIGURA 4). A taxa de envelhecimento<sup>11</sup> passou de 5,56% em 2000 para 7,54% em 2010 (PNUD, IPEA e FJP, 2013). Esses dados apontam um envelhecimento da população, confirmando uma tendência de redirecionamento nas políticas públicas (SILVEIRA FILHO, MARTY e FAORO, 2013).

FIGURA 4 – PIRÂMIDE ETÁRIA DE CURITIBA SEGUNDO DADOS POPULACIONAIS DO CENSO DE 2010 – CURITIBA-PR, 2015



FONTE: PNUD, IPEA e FJP (2013).

Segundo o Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba – IPPUC (2010), existem em Curitiba 5.880 domicílios, com uma população de 16.130 pessoas, que vivem com rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* de até 70 reais. Essa população está distribuída em todas as regionais da cidade, sendo a Regional Cajuru a que concentra o maior número de pessoas nessa condição (2.616 habitantes). Na Regional Matriz concentra-se o maior número de domicílios – 907 unidades (FIGURA 5). A Regional Matriz é composta por 18 bairros, entre eles os mais antigos da cidade, e pela região central.

<sup>11</sup> Razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total.

FIGURA 5 – NÚMERO DE HABITANTES E DOMICÍLIOS, POR REGIONAL ADMINISTRATIVA DE CURITIBA COM POPULAÇÃO QUE VIVE COM RENDIMENTO NOMINAL MENSAL DOMICILIAR *PER CAPITA* DE ATÉ 70 REAIS. CURITIBA-PR, 2015



FONTE: IPPUC (2010).

O sistema municipal de saúde tem se consolidado, ao longo da história do município, com um processo de construção social e política que remonta à fundação da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba (1855). Posteriormente, guiou-se pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, nas últimas décadas do século XX (SILVEIRA FILHO, MARTY e FAORO, 2013).

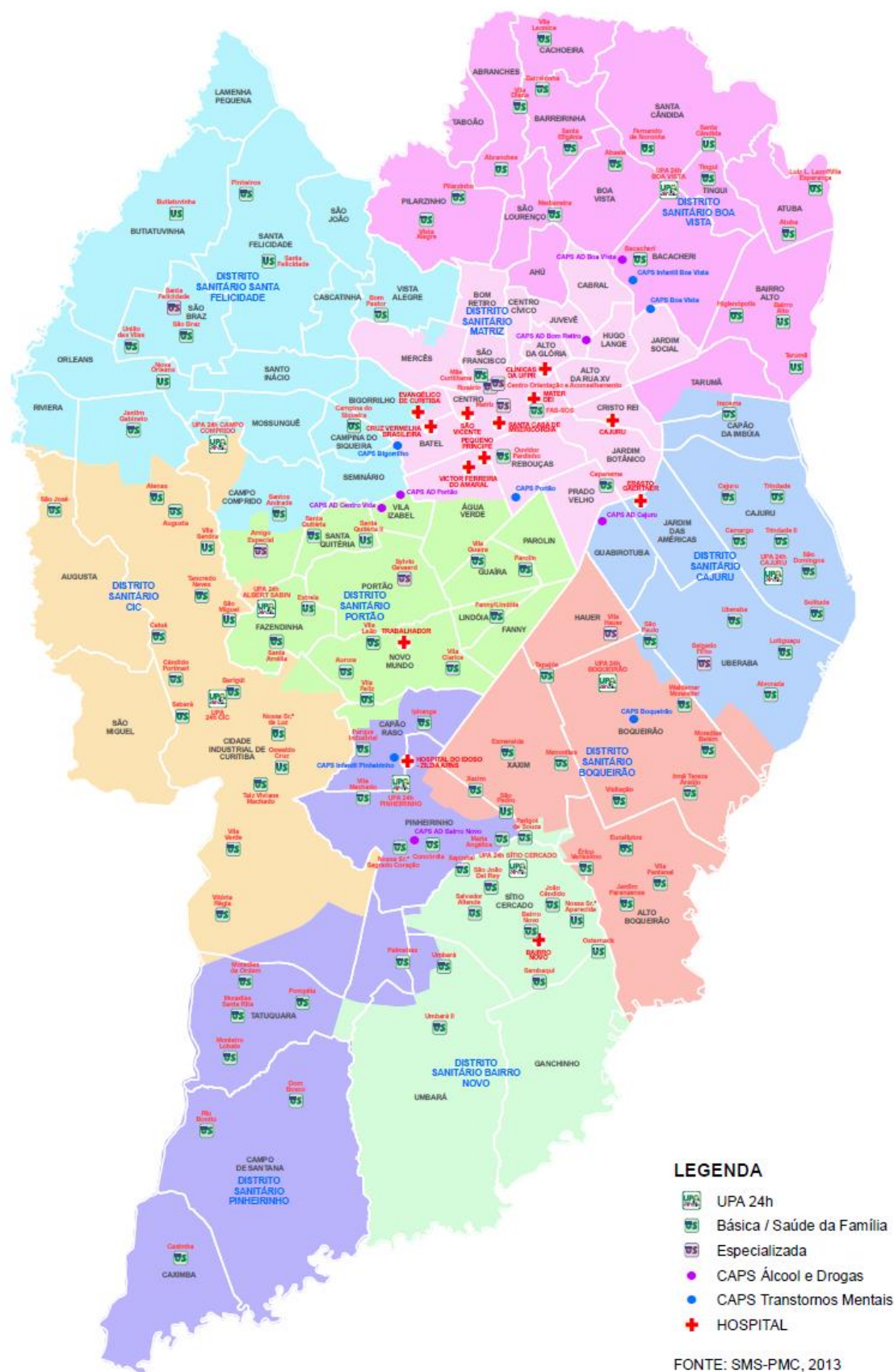
Ao longo das últimas três décadas construiu uma rede de serviços robusta, tendo nas Unidades de Saúde a principal porta de entrada do sistema, que é organizado para o trabalho com base populacional em territórios determinados (áreas de abrangência).

A estrutura de serviços de saúde da cidade consolida-se em nove Distritos Sanitários (DS)<sup>12</sup>, dispostos em 143 Equipamentos Municipais de Saúde: 44 Unidades de Saúde no modelo tradicional (US), 65 Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família (USF), com 240 equipes médico-enfermagem e 170 equipes de saúde bucal, seis Centros de Especialidades Médicas, um Centro de Orientação e Atendimento aos Portadores de HIV/AIDS, três Centros de Especialidades Odontológicas, 12 Centros de Apoio Psicossocial, nove Unidades de Pronto Atendimento – UPA (FIGURA 6). Conta ainda com um Laboratório Municipal de Análises Clínicas e dois Hospitais Municipais.

---

<sup>12</sup> São eles: Santa Felicidade (SF), Boa Vista (BV), Boqueirão (BQ), Cajuru (CJ), Portão (PR), Matriz (MZ), Pinheirinho (PN), Bairro Novo (BN) e CIC.

FIGURA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE, SEGUNDO DISTRITOS SANITÁRIOS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA-PR, 2015

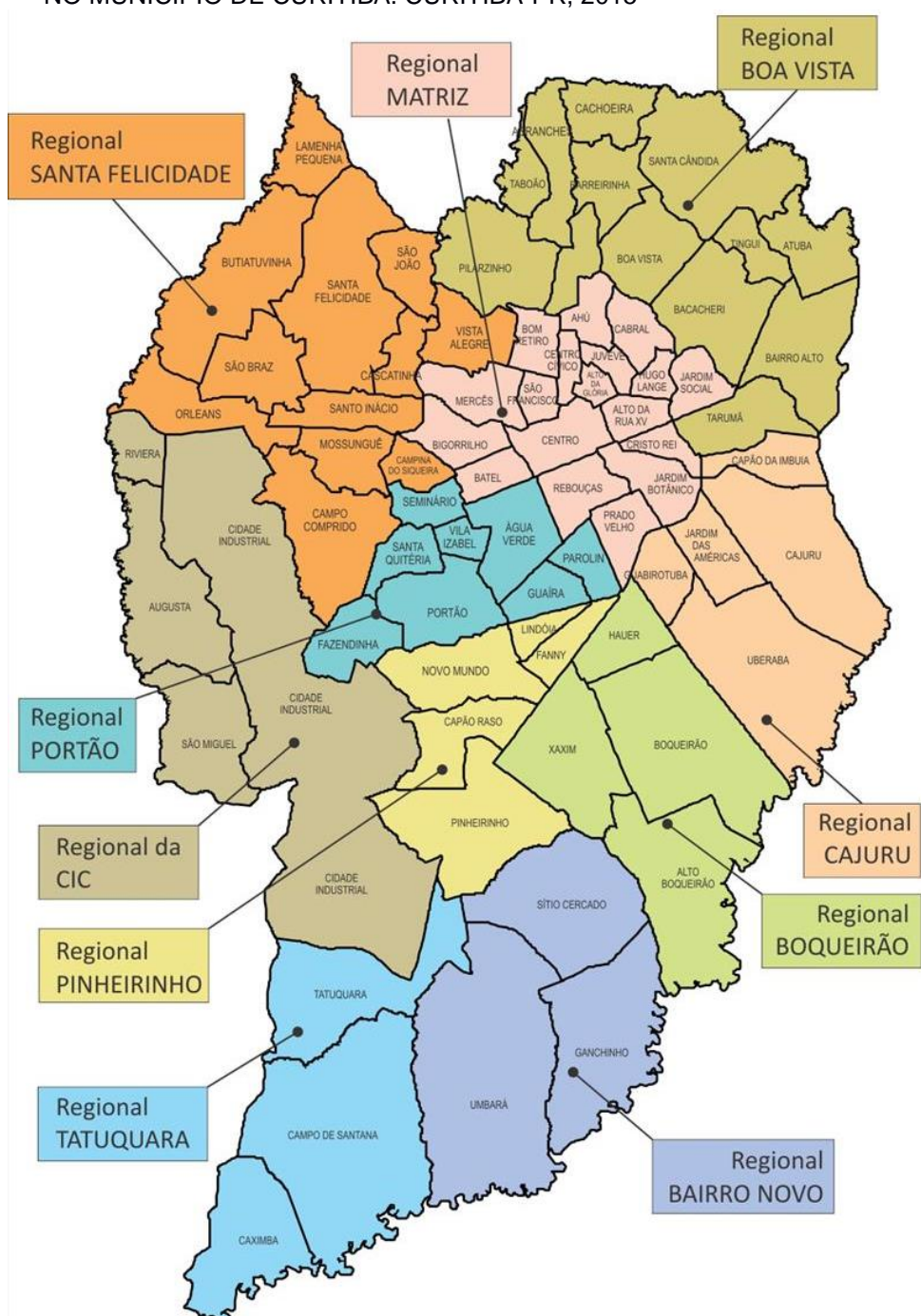


FONTE: IPPUC (2014).



Atualmente, tramita na Câmara Municipal de Curitiba projeto de lei que permitirá a implantação da Regional e Distrito Sanitário do Tatuquara, a 10ª administração descentralizada. A administração regionalizada objetiva aproximar os serviços públicos municipais da população da região. O Distrito Sanitário Tatuquara abrigará cerca de 82 mil habitantes. A futura conformação de bairros por regionais administrativas está representada na FIGURA 7.

FIGURA 7 – DISTRIBUIÇÃO DE BAIRROS PREVISTA, SEGUNDO REGIONAIS ADMINISTRATIVAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA-PR, 2015

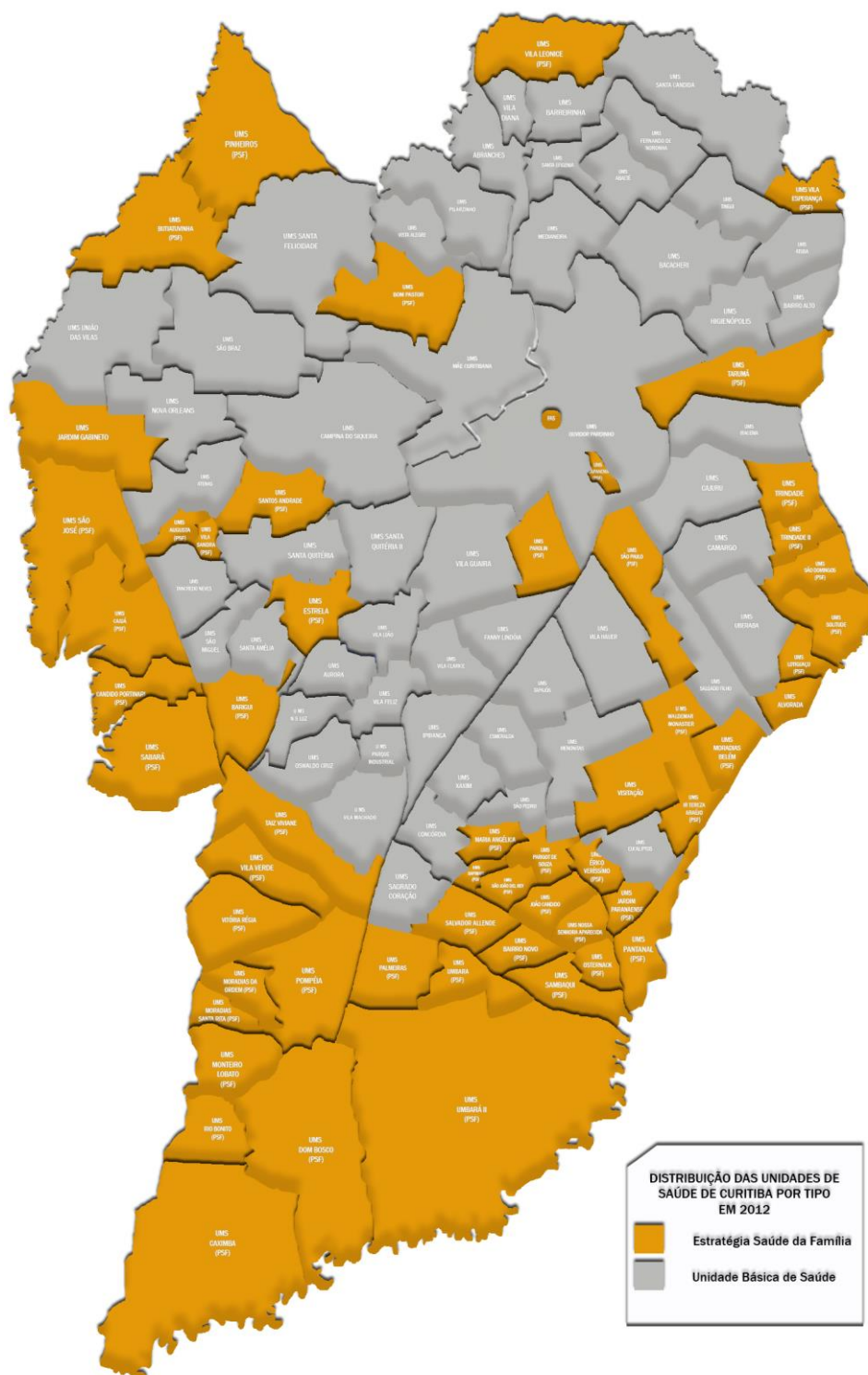


FONTE: CURITIBA (2015a).



Todo o território do município conta com atendimento prestado pela APS, e a cobertura populacional por serviços de saúde com ESF é de 42,71%. Para o restante (57,59%), a atenção é prestada no modelo tradicional (FIGURA 8).

FIGURA 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE SEGUNDO TIPO DE US NO MUNICÍPIO DE CURITIBA NO ANO DE 2014. CURITIBA-PR, 2015



FONTE: Coordenação de Informação, Avaliação e Incentivo a Qualidade / outubro de 2014 DAPS - Coordenação de Apoio e Logística

FONTE: CURITIBA (2014b)

Fundamentado em preceitos teóricos da Atenção Primária à Saúde, orientações da Organização Mundial da Saúde e políticas implementadas pelo Ministério da Saúde, o município busca inovar no uso de tecnologias nas áreas de planejamento, gestão, avaliação e monitoramento, para a concretização dos princípios organizativos do SUS (MASSUDA, POLI NETO e DREHMER, 2014).

Um passo importante para a consolidação do SUS/Curitiba deu-se com a informatização, iniciada em 1998. Atualmente 100% das Unidades de Saúde estão integradas por meio do Prontuário Eletrônico do Paciente (*e-Saude*), que é também caracterizado como um sistema de Registro Eletrônico de Saúde – RES. Tal sistema está configurado em módulos, agregando informações que permitem aos gestores acompanhar, supervisionar, regular, controlar e auditar os serviços prestados nos estabelecimentos próprios e nos pontos de atenção à saúde que integram a rede SUS/Curitiba.

Constitui potente instrumento de compartilhamento de informações dos usuários em atendimento para todos os profissionais envolvidos, uma vez que o histórico dos atendimentos é organizado por ordem cronológica do registro do evento e pela incidência desses eventos (NADAS, FAORO e FANCHIN, 2013).

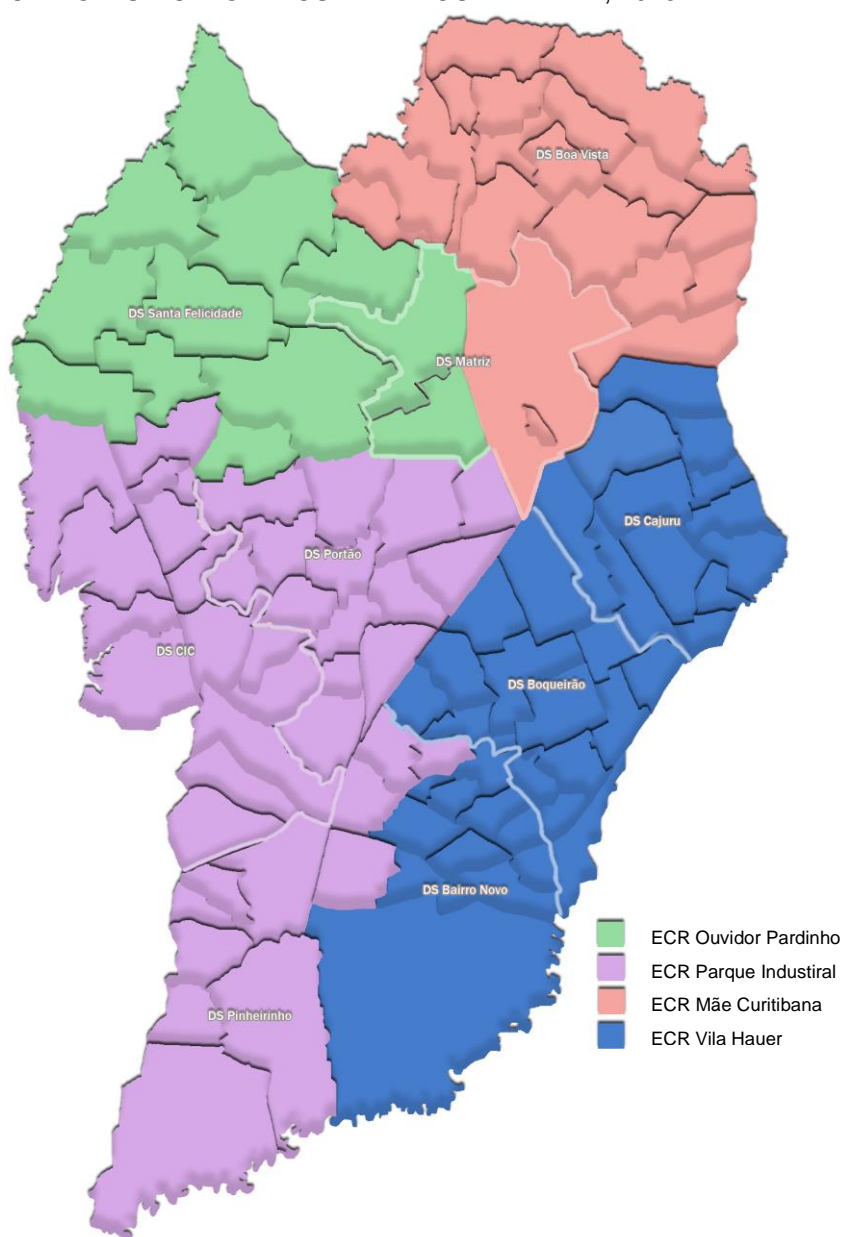
Com vistas aos atributos da APS, houve, nos últimos dois anos: a ampliação do horário de atendimento, que agora vai até as 22 horas em dez US; a organização do sistema para agilizar os atendimentos e nortear os serviços prestados; a adoção de novos canais de comunicação para agendar consultas – como o agendamento por telefone; a entrega de equipamentos para todas as unidades – com o intuito de ampliar os serviços ofertados – como eletrocardiógrafos e eletrocautérios; a incorporação de profissionais de diversas especialidades nas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), como geriatras, pediatras e ginecologistas e a atenção especializada à população em situação de rua por meio das equipes do Consultório na Rua.

Dessa forma, a PSR passou a contar, a partir de agosto de 2013, com atendimento de quatro equipes de Consultório na Rua. Essas equipes são integradas por: enfermeiro, médico, cirurgião-dentista, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e de saúde bucal. Ressalta-se que o município de Curitiba foi pioneiro na inclusão do cirurgião-dentista nas eCRs, com vistas ao cuidado integral e ao estreitamento do vínculo com o morador de rua. A partir dessa

experiência, o Ministério da Saúde incluiu essa categoria profissional, bem como a de arte-educadores e profissionais de Educação Física, em maio de 2014.

As eCRs atuam em territórios delimitados (FIGURA 9), realizam atividades de forma itinerante e, quando necessário, utilizam as instalações das Unidades de Saúde do território, desenvolvendo ações em parceria com as equipes da Atenção Primária, integradas também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência, dos serviços de assistência social e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

FIGURA 9 – REPRESENTAÇÃO DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS 4 EQUIPES DE CR NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA-PR, 2015



FONTE: IPPUC e Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

FONTE: CURITIBA (2015b).

A gestão da assistência social em Curitiba é desenvolvida pela Fundação de Ação Social (FAS), que atua de forma integrada com órgãos governamentais e instituições não governamentais que compõem a rede socioassistencial do município.

Os serviços, organizados em dois níveis de proteção social: básica e especial, são dirigidos prioritariamente aos cidadãos, grupos e famílias que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade social.

A proteção básica é realizada por meio dos 45 Centros de Referência da Assistência Social – CRAS, instalados nas nove regionais/DS, que atuam na prevenção de situações de risco e oferta de serviços que visam à socialização e convivência familiar e ou comunitária. Esses Centros desenvolvem ações nas áreas de: Cadastro Único para a participação em programas sociais de concessão de benefícios; atendimento e acompanhamento familiar para orientação e concessão de benefícios eventuais e encaminhamentos para a rede socioassistencial e demais políticas públicas, bem como ações de mobilização para o trabalho.

A proteção social especial, desenvolvida pelos nove Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), se caracteriza pela atenção integral e está voltada às famílias e indivíduos com direitos violados e laços familiares ou comunitários rompidos ou fragilizados, particularidade da PSR. Os serviços estão disponíveis nas modalidades de média e alta complexidade.

Dessa forma, são assegurados à PSR os serviços de proteção social de média complexidade, realizados pelas seis Unidades Especializadas ou Centros de Referência Especializados para a População em Situação de Rua (Centros POP) – por meio de albergagem, abordagem social, espaço para higiene pessoal e alimentação, oficinas socioeducativas e encaminhamento à rede socioassistencial –, bem como pelas 14 unidades de acolhimento para adultos conveniadas com a FAS (CURITIBA, 2015c).

Segundo informações de Silva (2013) – coordenador do Movimento Nacional da População de Rua –, Curitiba tem aproximadamente 4.000 pessoas em situação de rua, embora, segundo a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada no período de 2007/2008 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, esse número corresponda a 2.773 (BRASIL, 2008). Das 71 cidades brasileiras, Curitiba tem o maior percentual de população em situação de

rua em relação à população total entre as capitais, correspondendo a 0,154% e é a segunda entre todas as cidades.

Na pesquisa supra-citada, em números absolutos, Curitiba está em terceiro lugar no *ranking* de população em situação de rua. Com 2.773 pessoas nessa situação, a capital paranaense fica atrás apenas do Rio de Janeiro (4.585) e Salvador (3.289). Entre as cidades com maior população que Curitiba, ficaram de fora da pesquisa São Paulo e Belo Horizonte. Porém, mesmo sendo menor que Brasília, Fortaleza e Manaus, Curitiba tem uma população em situação de rua maior do que as três cidades. A média nacional é de 0,061%, correspondendo a 32 mil pessoas nessa situação (BRASIL, 2008).

A pesquisa apontou também, que a população em situação de rua no Brasil é predominantemente masculina (81,2%). Mais da metade (55,2%) dos adultos em situação de rua entrevistados se encontra em faixas etárias entre 25 e 44 anos. Desses, 63,1% não concluíram o primeiro grau, 59,1% se declararam brancos, 22,7% se declararam pardos e 17% se declararam pretos (BRASIL, 2008).

Frente a esse cenário e à recente política pública nacional referente à PSR, as equipes de saúde do CR em Curitiba então em processo de identificação das pessoas que vivem em situação de rua na capital, traçando diretrizes para o processo de trabalho e intersectorialização do cuidado, viabilizando o acesso à saúde de acordo com suas necessidades e singularidades.

### 3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa dois grupos distintos: trabalhadores das eCRs e usuários das eCRs. O critério para a inclusão de participantes deste estudo foi: ser profissional responsável pela aplicação da PNAB/CR ou ser sujeito social que detém as características que a pesquisadora deseja conhecer. Nesse sentido, fizeram parte do estudo os participantes selecionados e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1 e APÊNDICE 2), sendo: 20 profissionais que integram as eCRs cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES – e 6 usuários do Consultório na Rua.

Com relação aos usuários atendidos pelas eCRs, utilizou-se o critério de informantes-chave<sup>13</sup>, com as seguintes características: ser indicado por profissionais da eCR e ter recebido dois ou mais atendimentos pela eCR no período de 30 dias anteriores à entrevista os quais estavam registrados nas fichas de acompanhamento<sup>14</sup> do CR. Optou-se por essa forma de inclusão devido ao vínculo formado com o profissional do CR em virtude dos atendimentos recebidos, o que se acredita ter favorecido a receptividade dos usuários em participar da pesquisa.

Foram excluídos do estudo os profissionais das eCRs que estavam em férias ou em licença no período programado para as entrevistas. Com relação aos informantes-chave, foram excluídos os menores de 18 anos, aqueles que apresentaram sinais de utilização de drogas lícitas ou que estavam sob efeito de medicamentos/drogas ilícitas no momento da entrevista.

### 3.3 COLETA DOS DADOS

Visando à transparência do processo de coleta de dados, com a finalidade de promover o rigor, a abrangência e a credibilidade deste estudo, foram seguidos os critérios de qualidade das pesquisas qualitativas no campo da saúde propostos por Tong, Sainsbury e Craig (2007) em artigo intitulado *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*.

Os critérios incluídos no COREQ, uma checklist de 32 itens, podem ajudar os pesquisadores a divulgar aspectos importantes da equipe de pesquisa, métodos do estudo, contextos do estudo, resultados, análise e interpretações (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007, p. 349).

Os dados foram coletados por meio de dois formulários distintos, elaborados para essa finalidade: roteiro de entrevista para os profissionais que integram as equipes do Consultório na Rua – APÊNDICE 3; roteiro de entrevista para os usuários do Consultório na Rua – APÊNDICE 4.

---

<sup>13</sup> Informantes-chave: são pessoas estrategicamente escolhidas para revelar o contexto do grupo pesquisado e que, pela sua posição, ação ou responsabilidades, possuem um bom conhecimento do problema estudado. Essas testemunhas podem pertencer ao público sobre o qual incorre o estudo ou ser exteriores a esse, porém devem manter relações estreitas com os sujeitos da pesquisa (QUIVY; CAMPENHOUDT, 2005; MINAYO, 2010).

<sup>14</sup> Trata-se de formulário impresso, individual, próprio, onde são registrados data, local do atendimento, identificação do paciente e do profissional, anamnese e conduta.

Não foi realizada testagem do formulário com os participantes profissionais da eCR devido ao tamanho da população, ou seja, apenas quatro equipes que constavam no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, perfazendo um total de 26 pessoas (4 enfermeiros, 1 médico, 2 cirurgiões dentistas, 4 psicólogos, 4 assistentes sociais, 3 auxiliares em saúde bucal e 8 auxiliares de enfermagem).

Com relação aos usuários da eCR, foi realizada testagem do formulário em duas pessoas em situação de rua durante a disciplina *Vivências da Prática*. Essa matéria obrigatória compõe a grade curricular deste Mestrado Profissional e tal experiência possibilitou os ajustes necessários no instrumento para iniciar as entrevistas.

Assim, os dados empíricos foram obtidos por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, conduzidas por questões norteadoras e foram realizadas pela pesquisadora. Os participantes tiveram a oportunidade de discorrer livremente sobre o tema sem se prender às perguntas formuladas, o que possibilitou a captação das compreensões desses sujeitos acerca do tema em questão.

Conforme Minayo (2010), a entrevista pode trazer informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade vivenciada, constituindo uma representação da realidade no que concerne aos ideais, crenças, condutas, razões conscientes ou inconscientes de determinada atitude ou comportamento.

Todas as entrevistas foram audiogravadas com a autorização dos participantes, no período de janeiro a fevereiro de 2015. Quanto aos profissionais, o roteiro utilizado foi dividido em duas partes: a primeira composta de informações relacionadas à caracterização dos dados relacionados à profissional, processos de qualificação e tempo de atuação na SMS-Curitiba; na segunda parte buscou-se conhecer de forma detalhada uma semana típica de trabalho no CR, na qual se solicitou que se falasse acerca das facilidades e dificuldades no trabalho.

Essas entrevistas foram realizadas mediante agendamento prévio, por telefone ou *e-mail*. Por se tratar de equipes itinerantes, as entrevistas foram efetivadas em diversos cenários: em praças da cidade, dentro da ambulância do CR, na sede da SMS ou em uma US. A duração das entrevistas variou de 15 a 37 minutos.

Quanto aos usuários do Consultório na Rua, após serem caracterizados como informantes-chave, ou seja, após ter sido indicado por profissionais já

entrevistado da eCR e ter recebido dois ou mais atendimentos pela eCR no período de 30 dias anteriores à entrevista, elas foram realizadas por meio de busca ativa, sem o agendamento prévio, nas praças da cidade ou em ambulância do CR. A apresentação da pesquisadora, bem como a explicação dos motivos da entrevista aos participantes, foi realizada pelos profissionais das eCRs, uma vez que estes mantinham vínculo com os usuários. Após a apresentação inicial, as entrevistas foram realizadas individualmente, variando de 6 a 22 minutos de duração.

Nas entrevistas com os usuários, buscou-se conhecer situações em que eles procuraram o serviço do CR, além de tentar identificar outras questões relacionadas às suas condições de vida na rua.

Todas as entrevistas foram iniciadas após a explanação dos objetivos, a leitura e assinatura do TCLE. Os aspectos éticos de sigilo e codificação dos participantes foram respeitados.

Após cada entrevista, os dados em áudio foram transferidos para o *Google drive* e, a seguir, foi efetuada transcrição literal em arquivo-texto. Para isso foi utilizado o aplicativo gratuito, disponível na internet, denominado *otranscribe*, que possibilita, na mesma tela, um editor de texto e um áudio (*player*), auxiliando nas transcrições.

Ao final de cada transcrição, a pesquisadora efetuou sua leitura concomitante à audição do respectivo discurso, certificando-se do conteúdo das falas. Após a impressão das transcrições, foi realizado novo agendamento com os participantes – profissionais da eCR – para conferência e validação expressa dos discursos transcritos. Não foi possível realizar essa etapa com os usuários devido à impossibilidade de a pesquisadora reencontrá-los no período disponibilizado para a coleta de dados.

Após a etapa de transcrição e validação das entrevistas, o material foi preparado para ser processado no *software* IRAMUTEQ (Interface de R para análise multidimensional de textos e questionários).

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição das entrevistas dos participantes, foi realizada a formatação de um *corpus*. Com base nesse *corpus*, procedeu-se à análise textual,



utilizada para textos escritos originados de entrevistas, documentos e outros (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

Para apoiar a análise dos dados da pesquisa qualitativa, foi utilizado o software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). O IRAMUTEQ é um *software* gratuito, desenvolvido sob a lógica da *open source*, ancorado no *software* R, que possibilita diferentes análises estatísticas de textos produzidos a partir de entrevistas, documentos, entre outros. Foi desenvolvido em 2009 pelo pesquisador francês Pierre Ratinaud, que se utiliza do mesmo algoritmo do ALCESTE, desenvolvido por Reinert, no entanto incorpora outras análises estatísticas de textos (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

O uso de *softwares* específicos para auxílio na análise de dados textuais tem sido cada vez mais comum em estudos qualitativos na área de Ciências Humanas e Sociais (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006; LAHLOU, 2012).

A utilização do *software* IRAMUTEQ viabiliza diferentes tipos de análise sobre *corpus* textuais: análises de similitude entre palavras, nuvem de palavras (que produz uma visualização gráfica dos vocábulos mais utilizados no *corpus* ou nas classes específicas), estatísticas textuais clássicas, pesquisa de especificidades de grupos, análises quantitativas de dados textuais (por meio do método de Classificação Hierárquica Descendente – CHD) e análise léxica, fornecendo, assim, contextos e classes de discurso caracterizados por seu vocabulário.

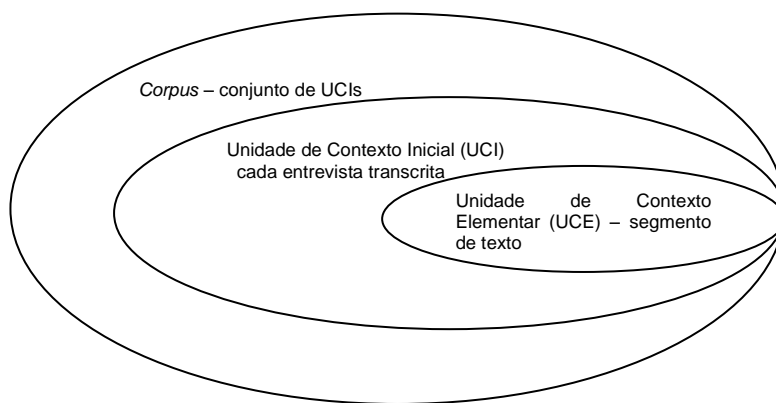
As classes geradas representam o ambiente de sentido das palavras e podem indicar representações sociais ou elementos de representações sociais referentes ao objeto social estudado (NASCIMENTO-SCHULZE; CAMARGO, 2000; CAMARGO, 2005).

Neste estudo, utilizamos a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), na qual os segmentos de textos são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas. Essa análise visa obter classes de segmentos de textos que apresentam, ao mesmo tempo, vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos segmentos das outras classes. A partir dessas análises, o *software* organiza os

dados em um dendograma<sup>15</sup> da CHD, que ilustra as relações entre as classes. (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

A CHD permitiu uma análise lexicográfica do material textual (*corpus*), oferecendo contextos (classes lexicais) que foram caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilharam esse vocabulário. Após reconhecer as indicações das Unidades de Contextos Iniciais – UCIs (conjunto textual relativo a um tema específico), o programa dividiu o material em Unidades de Contextos Elementares – UCEs (segmentos de textos), constituídas em torno de três linhas, que compartilharam as mesmas palavras, permitindo, dessa forma, identificar as dimensões e/ou categorias emergentes dentro de cada classe (CAMARGO, 2005) (FIGURA 10).

FIGURA 10 – COMPOSIÇÃO DO *CORPUS* PARA O IRAMUTEQ



FONTE: A autora (2015).

As UCIs foram construídas a partir de cada entrevista transcrita, sendo agrupadas em dois arquivos informáticos: o primeiro, dos profissionais e o segundo, dos usuários, o que gerou dois *corpora* de estudo, que foram analisados separadamente.

As linhas de comando contendo única variável com os asteriscos foram denominadas de: \*\*\*\* \* P\_01...20 (para profissionais) e \*\*\*\* \* U\_1...6 (para usuários) em dois arquivos de texto no *software* OpenOffice.org e salvos no tipo texto.txt – usado pelo IRAMUTEQ –, requisito para evitar *bugs* (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

<sup>15</sup> O dendograma é um tipo específico de diagrama que ilustra as relações entre as classes. Resulta de uma análise estatística de determinados dados, em que se emprega um método quantitativo que leva a agrupamentos e à sua ordenação hierárquica (SILVA NETO et al., 2010).

Os *corpora* foram corrigidos e revisados para que representassem a realidade dos discursos presentes (CAMARGO; JUSTO, 2013b). Nessa revisão, foi elaborado um dicionário de sinônimos (APÊNDICE 5) para que as palavras de mesmo sentido nos discursos não fossem tratadas como outras pelo *software* IRAMUTEQ. Por exemplo: as palavras *morador de rua*, *morador*, *mendigo*, *população de rua* e *trecheiro* foram substituídas pela palavra *pessoa\_em\_situacao\_de\_rua*, pois eram utilizadas com a mesma referência nos discursos.

Nesta pesquisa, as palavras na CHD foram selecionadas pela sua significância (p), frequência (%) e pelos valores de qui-quadrado ( $x^2$ ) mais elevados na classe, tendo em vista a compreensão de que eram significativas para a análise.

O nível de significância representa a máxima probabilidade de erro que se tem ao rejeitar uma hipótese. Todas as palavras selecionadas tinham um  $p < 0,001$ , indicando uma associação significativa. A frequência referente ao conteúdo é a “ocorrência da palavra nos segmentos de texto nessa classe em relação a sua ocorrência no *corpus*.” (CAMARGO; JUSTO, 2013b, p. 15).

O qui-quadrado, simbolizado por  $x^2$ , é um teste de hipóteses que se destina a encontrar um valor da dispersão para duas variáveis nominais, avaliando a associação existente entre variáveis qualitativas. Quanto maior for o valor do  $x^2$ , mais significativa é a relação entre a variável dependente e a variável independente. (VIEIRA, 2010). Segundo Chartier e Meunier (2011), o teste  $x^2$  é utilizado para verificar a associação da UCE com determinada classe; portanto, quanto mais alto o seu valor, maior é a associação.

Elaborar cálculos estatísticos sobre variáveis qualitativas a partir dos textos inseridos não faz do *software* um método, mas, sim, um instrumento de exploração de dados. O *software*, embora não faça a análise dos dados, facilitou o processamento dos textos longos. No entanto, não se pode subestimar o papel fundamental do pesquisador na análise dos dados, pois a interpretação cabe a quem os analisa (CAMARGO; JUSTO, 2013a; LAHLOU, 2012; CHARTIER; MEUNIER, 2011).

Segundo Lahlou (2012), quando se quantificam e se empregam cálculos estatísticos em variáveis qualitativas (textos), é possível superar a dicotomia entre a análise quantitativa e qualitativa.

Dessa forma, os dados foram analisados em consonância com o marco teórico adotado neste estudo: processo de trabalho, bem como com as categorias de análise previamente definidas: saberes instrumentais e saberes ideológicos.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Paraná – Setor de Ciências da Saúde/SCS e da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, respeitando todos os aspectos éticos e seguindo a Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza os princípios de pesquisa com seres humanos. Foram garantidos: sigilo, anonimato e direito de desistência por meio da concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICES 1 e 2). As aprovações encontram-se respectivamente nos pareceres n. 742.589 CEP UFPR/SCS (ANEXO 1) e n. 767.679 CEP/PMC-SES (ANEXO 2).

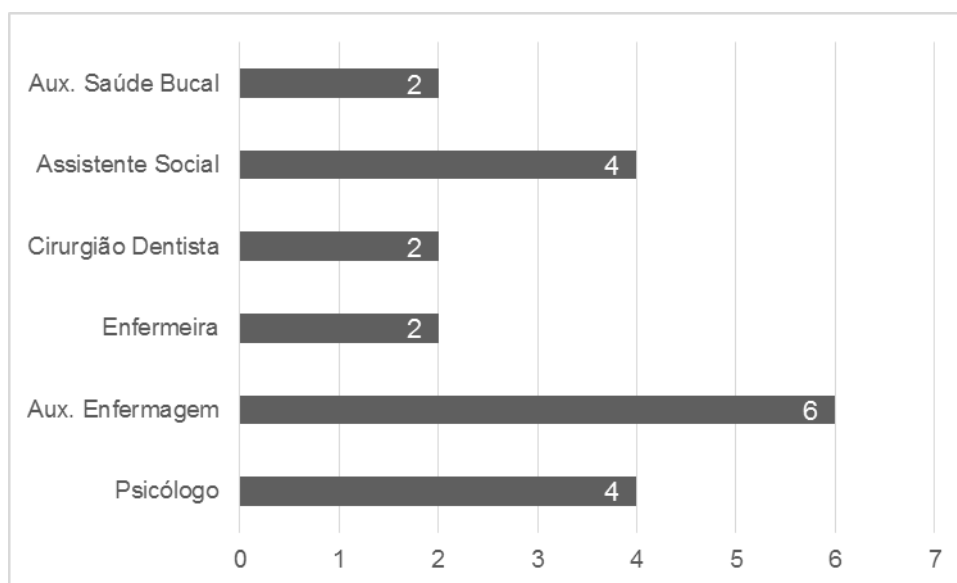
## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

#### 4.1.1 Participantes – profissionais da eCR

Os 20 profissionais entrevistados integravam as seguintes equipes: ECR Ouvidor Pardinho, ECR Vila Hauer, ECR Mãe Curitibana e ECR Parque Industrial. Faziam parte das seguintes categorias profissionais: enfermeiro, cirurgião-dentista, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de saúde bucal (GRÁFICO 1). A maioria (80%) era do sexo feminino.

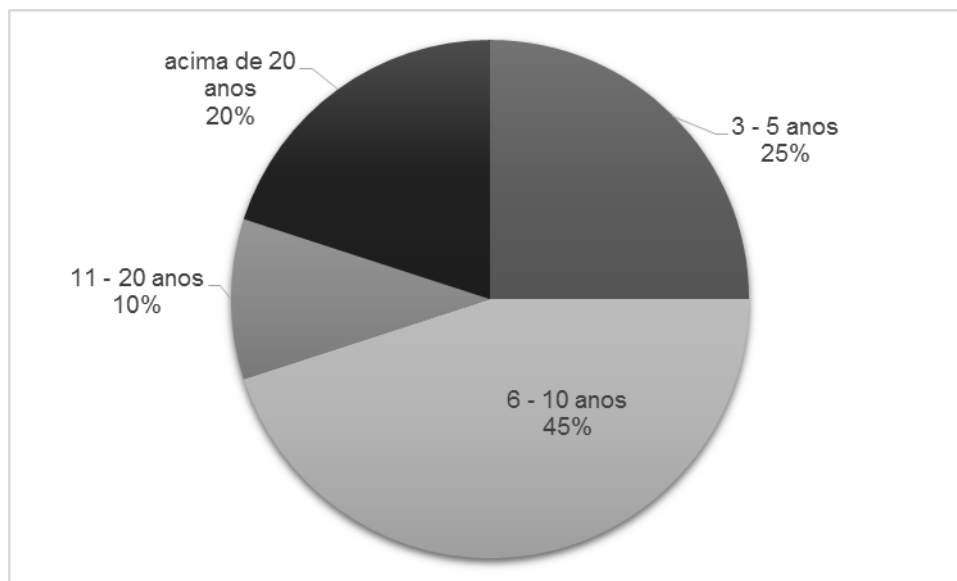
GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CR, SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL. CURITIBA-PR, 2015



FONTE: A autora (2015).

O tempo de atuação na SMS de Curitiba variou de 3 a 27 anos, predominando o tempo de 6 a 10 anos (45%), com uma média de 7,05 anos.

GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CR, SEGUNDO O TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA SMS-CURITIBA. CURITIBA-PR, 2015



FONTE: A autora (2015).

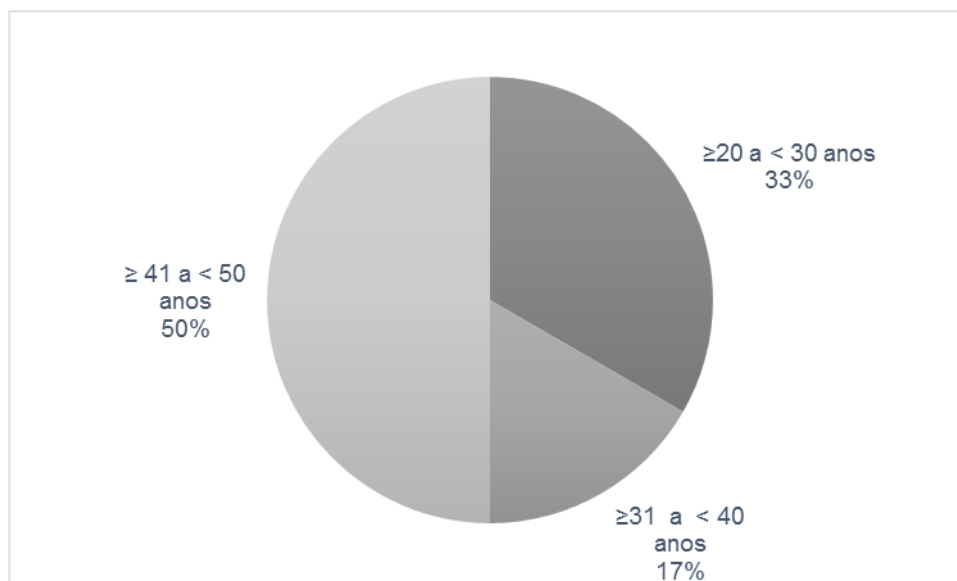
Com relação à formação complementar, todos os profissionais com ensino superior referiram ter cursado um ou mais cursos de pós-graduação nas seguintes áreas: saúde coletiva, gestão, saúde mental e dependência química.

Quanto aos profissionais de nível médio, todos tinham formação maior do que a exigida na SMS, isto é, os auxiliares de enfermagem possuíam curso de técnico em enfermagem ou mesmo curso superior e os auxiliares em saúde bucal referiram ter cursado o técnico em saúde bucal.

#### 4.1.2 Participantes – usuários do CR

Foram entrevistados seis usuários, conforme caracterização descrita em capítulo anterior. Predominou a faixa etária de  $\geq 41$  a  $< 50$  anos (GRÁFICO 3). Desses seis usuários, quatro eram do sexo masculino.

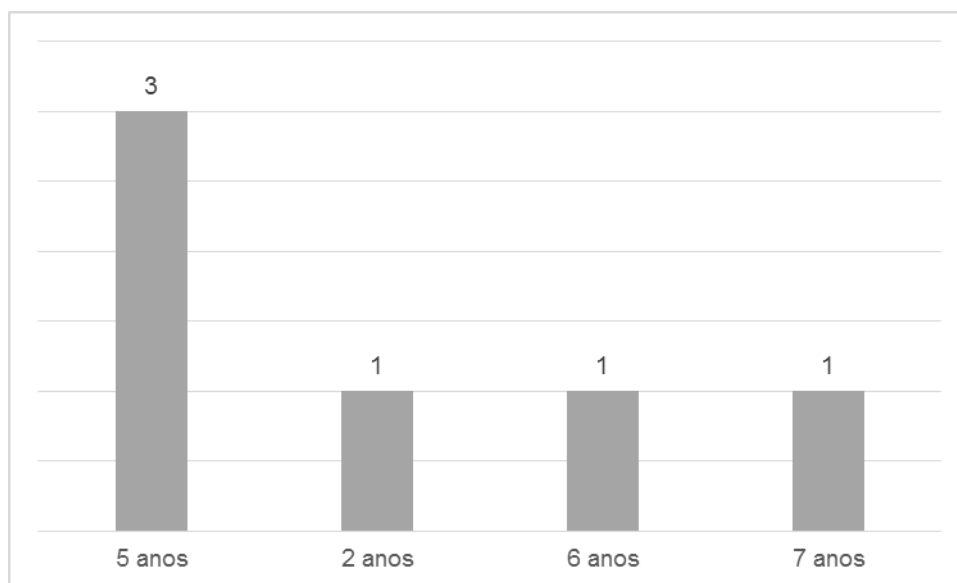
GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS DO CR, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA DECLARADA. CURITIBA-PR, 2015



FONTE: A autora (2015).

Com relação aos anos de estudo, três usuários referiram ter estudado por cinco anos e os demais, de dois a sete anos (GRÁFICO 4).

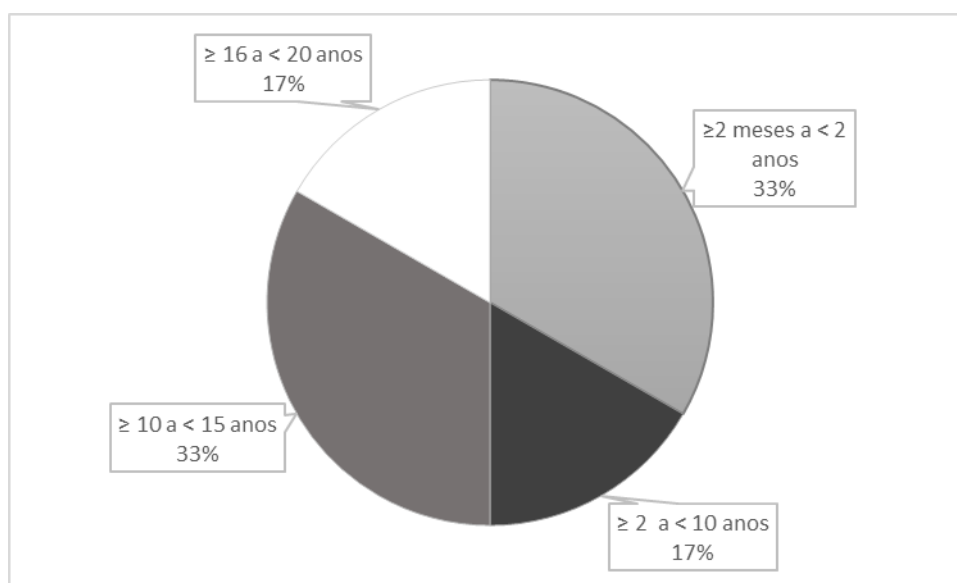
GRÁFICO 4 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS USUÁRIOS DO CR, SEGUNDO ANOS DE ESTUDO DECLARADO. CURITIBA-PR, 2015



FONTE: A autora (2015).

O tempo em situação de rua variou de 2 meses a 20 anos (GRÁFICO 5), com predomínio do período de  $\geq 2$  meses a  $< 2$  anos e  $\geq 10$  a  $< 15$  anos. Dos entrevistados, metade referiu Curitiba como cidade de origem. Os demais referiram vir do interior do Paraná, das cidades de Londrina, Ivaiporã e Cascavel.

GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS DO CR, SEGUNDO TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA. CURITIBA, 2015



FONTE: A autora (2015).

## 4.2 CLASSES

A análise das entrevistas dos profissionais e usuários, subsidiada pelo *software* IRAMUTEQ, foi realizada em dois blocos distintos, sendo o primeiro relacionado às entrevistas dos profissionais do CR e o segundo, às dos usuários do CR.

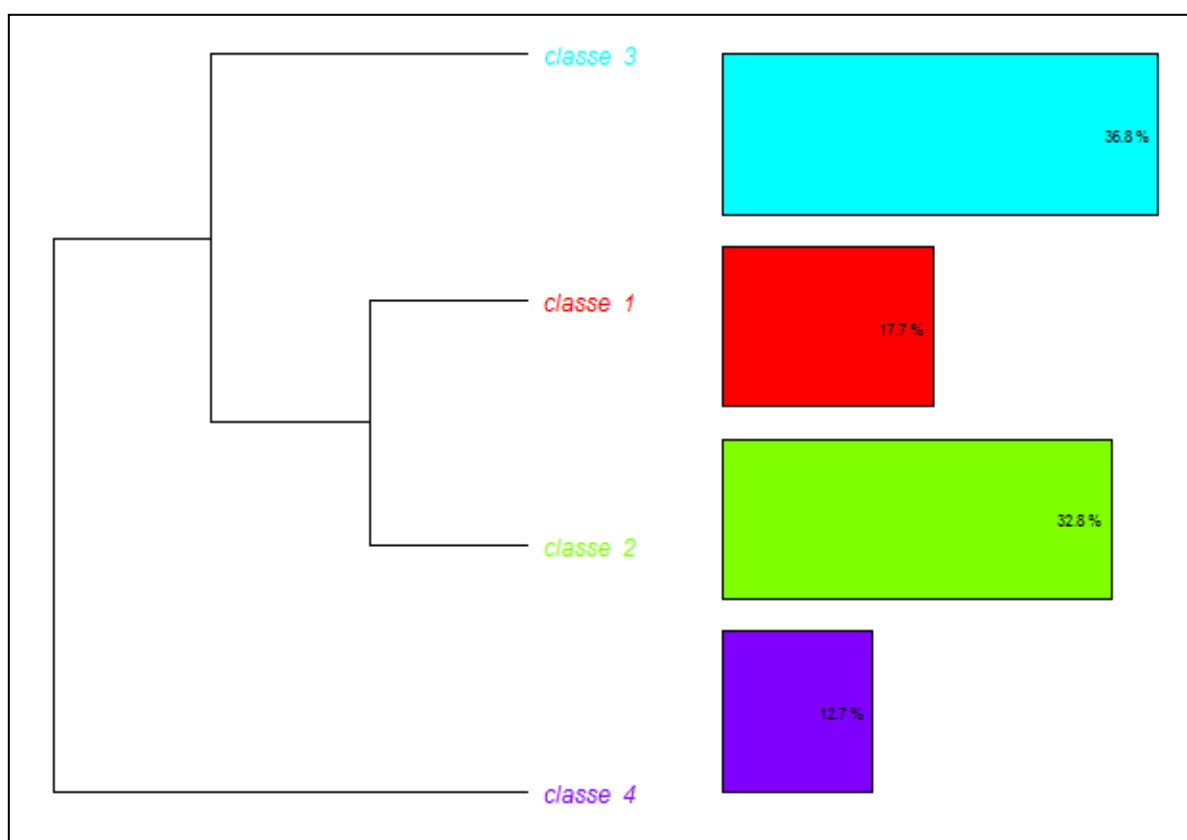
### 4.2.1 Profissionais das eCRs

O *corpus* deste segmento foi constituído de 20 entrevistas, dando origem a 20 Unidades de Contexto Inicial (UCI), das quais se obtiveram 1.252 Unidades de Contexto Elementar (segmentos de texto – UCE); 1.071 segmentos de textos foram aproveitados (85,54% do *corpus*), gerando quatro classes de segmentos de textos



diferentes entre si. Os segmentos de texto continham em média três linhas, e a relação dessas classes foi ilustrada no dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (FIGURA 11).

FIGURA 11 – DENDOGRAMA DE CLASSES REFERENTE ÀS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CR. CURITIBA-PR, 2015



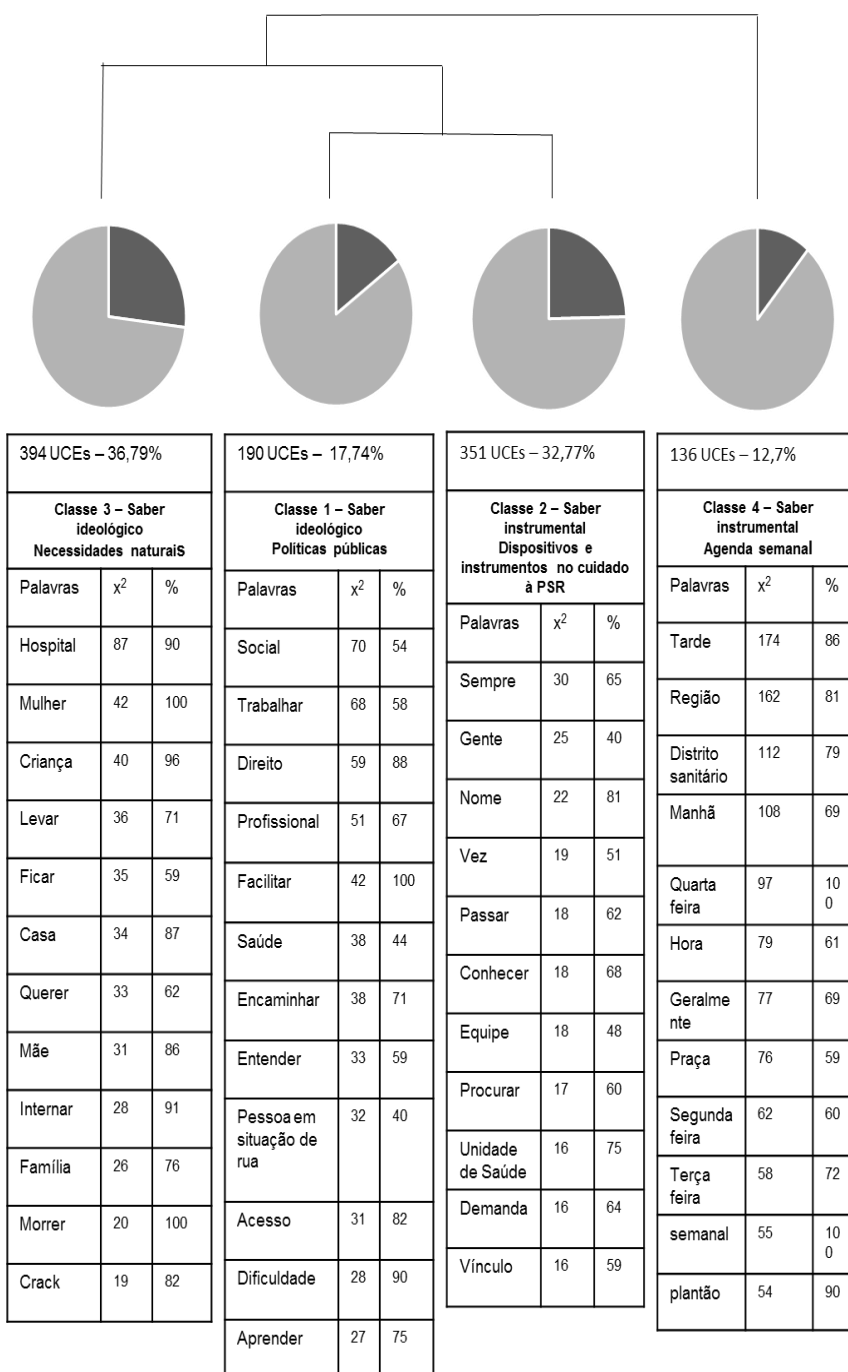
FONTE: A autora (2015).

O dendograma acima ilustra as partições que foram feitas no *corpus*, até que se chegasse às classes finais. Ao fazer uma leitura da esquerda para a direita, como é recomendado, observa-se que, no primeiro momento, o *corpus* deste estudo foi dividido em dois *subcorpora*. No primeiro, obteve-se a classe 4, constituída de 136 segmentos de texto, que concentrou 12,7% dos segmentos de texto do *corpus* total.

No segundo *subcorpus*, obteve-se a classe 3, com 394 segmentos de texto, que correspondeu a 36,79% dos segmentos de texto, e mais duas repartições (terceiro momento), que originaram as classes 1 e 2, com 190 e 351 segmentos de texto, respectivamente, correspondente a 17,74% na classe 1 e 35,77% na classe 2 do total dos segmentos de texto.

A CHD mostrou-se estável com relação às quatro classes, ou seja, classes compostas de unidades de segmentos de texto com vocabulário semelhante entre si e diferente do das classes de outros segmentos de texto. A partir do teste qui-quadrado, da percentagem e da significância, foi computada uma lista de palavras para cada classe (FIGURA 12).

FIGURA 12 – DENDOGRAMA DE CLASSES REFERENTE AOS SABERES IDEOLÓGICOS E INSTRUMENTAIS DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CONSULTÓRIO NA RUA. CURITIBA-PR, 2015



FONTE: A autora (2015).

Após a análise das palavras selecionadas nas quatro classes da CHD e seus respectivos segmentos de texto, à luz do referencial teórico adotado, elas receberam as seguintes nomenclaturas: Classe 1 e 3 – Saberes ideológicos, Classe 2 e 4 – Saberes instrumentais, com suas subdivisões, que podem ser visualizadas no QUADRO 8.

QUADRO 8 – SABERES IDEOLÓGICOS E INSTRUMENTAIS EVIDENCIADOS NO DENDOGAMA DA CHD DAS ENTREVISTAS DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CR. CURITIBA-PR, 2015

Classe	Nomenclatura		
Classe 1	Saber Ideológico	Políticas públicas que norteiam o trabalho da eCR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acesso à saúde</li> <li>• Saúde como direito constitucional</li> <li>• Trabalho intersetorial</li> </ul>
Classe 3		Necessidades naturais	-
Classe 2	Saber Instrumental	Dispositivos e instrumentos no cuidado à PSR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalho em equipe multiprofissional</li> <li>• Vínculo</li> <li>• Registros em saúde</li> <li>• Planejamento em saúde</li> </ul>
Classe 4		Agenda semanal	-

FONTE: A autora (2015).

A seguir é apresentada individualmente cada classe, com as nomenclaturas e detalhamentos adotados.

#### 4.2.1.1 Saber ideológico – políticas públicas que norteiam o trabalho da eCR

Na primeira classe fornecida pelo *software* IRAMUTEQ, estão contemplados os saberes ideológicos na perspectiva das políticas públicas que norteiam o trabalho da eCR. Essa classe apresentou três subclasses: acesso à saúde, saúde como direito constitucional e trabalho intersetorial.

As palavras relacionadas a essa vivência, conforme os critérios já apresentados, foram: *social, questão, trabalhar, direito, profissional, facilitar, saúde, encaminhar, entender, pessoa em situação de rua, acesso, dificuldade e aprender.*

#### 4.2.1.1.1 Acesso à saúde

Na análise dos discursos predominaram questões sobre o acesso à saúde da PSR na APS, o que revelou aspectos ligados à resistência dos profissionais das US em atender a PSR, bem como questões relativas às barreiras organizacionais e ao preconceito.

*[...] a gente é que precisa ir atrás, telefonar e ver como está o morador de rua que encaminhamos. Com relação a dificuldades, acredito que seja a falta de conscientização dos profissionais da atenção primária que a população em situação de rua tem direito de acesso ao serviço de saúde, independentemente do Consultório na Rua (P 19).*

*[...] a resistência dos profissionais de saúde em acolher mesmo aqueles que têm cadastro definitivo. Aqui então acho que essa é a maior dificuldade do acesso da pessoa em situação de rua à saúde (P 15).*

*[...] a Unidade de Saúde não recebe o morador de rua, não o inclui no fluxo, na rotina da Unidade de Saúde. Tem a dificuldade dos profissionais da Unidade em atender o morador de rua, em aceitarem [...] (P 16).*

As questões de comprovação de endereço para o acesso à saúde, bem como a apresentação de documentos de identificação para atendimento nas US ou a exigência de haver uma pessoa responsável em situação de internamentos na rede hospitalar, são discursos recorrentes na pesquisa:

*[...] muito mais do que atender estas pessoas na rua, nosso trabalho é promover o acesso deles como cidadãos a todos os serviços de saúde, como qualquer outro cidadão que tenha endereço fixo (P 12).*

*[...] o que a gente tem visto é que em algumas questões pontuais de dentro da própria Secretaria da Saúde, de Unidades de Saúde um pouco mais resistentes ao atendimento, algumas questões burocráticas da questão da documentação legal para essa população (P 12).*

*[...] tem situações que são da burocracia dos serviços de saúde, que começam a ser impeditivos ao atendimento integral da pessoa em situação de rua. Alguém sempre precisa assinar um internamento, caso contrário [...] (P 01).*

Os participantes da pesquisa relataram também que, legitimando-se a política de atendimento à PSR, não seriam necessárias quatro equipes de CR para tornar equânime seu acesso à saúde, embora o número de equipes seja calculado com base no número de PSR no município.

*[...] sempre que esta política de atendimento à pessoa em situação de rua possa ser legitimada, a ponto que daqui a pouco você não precise de quatro equipes de Consultório na Rua, talvez só uma equipe de referência seja suficiente (P 01).*

Em consonância com o discurso acima, o profissional identifica que o serviço do CR é elo entre a Unidade de Saúde e a PSR.

*[...] fazendo a ponte para a Unidade de Saúde, mostrando para a Unidade de Saúde que o Consultório na Rua vai atender na rua e que veio só para facilitar, que o morador de rua tenha o contato com a Unidade de Saúde [...]* (P 05).

Referindo-se à organização da APS no município, os discursos a seguir apontam que as Unidades com Estratégia Saúde da Família (ESF) acolhem melhor a PSR.

*[...] porém nas Básicas, acredito que tenha bastante para ser trabalhado, em alguns casos não atendem nem acolhem, ligam para a gente. As equipes das Básicas não entendem que o morador de rua é da Atenção Primária, na ESF é mais fácil [...] a dificuldade acho que é a gente levar os moradores de rua para a Básica, onde os profissionais não os querem atender, não querem fazer parte desse processo de trabalho, porque a gente notou bastante preconceito (P 02).*

#### 4.2.1.1.2 Saúde como direito constitucional

Nesta subclasse, os discursos mostram de forma clara e consistente a política pública de saúde para a população em situação de rua como direito constitucional. Por isso os profissionais das Unidades de Saúde precisam se apropriar dessa política.

*[...] talvez, o trabalho da gente seja de inserção social, de trazer para dentro da Unidade de Saúde uma pessoa em situação de rua que tem o direito de ser atendido e através da nossa prática mostrar para todos os outros da Unidade de Saúde, através de um matriciamento, e dizer: [...] olha, pessoal, é assim que atende, é assim que conversa, é assim que se faz (P 01).*

*[...] para garantir o cuidado, tem que responsabilizar e compartilhar entre as equipes da Unidade de Saúde e a equipe do Consultório na Rua, que as pessoas em situação de rua são pessoas de direitos, mesmo que essas não tenham endereço fixo (P 19).*

*[...] um dia a gente não precisará de um Consultório na Rua porque esse cidadão vai ser reconhecido pelo direito dele. É um direito comum de qualquer outro ser atendido na Unidade de Saúde, embora ele esteja sujo ou sem banho (P 05).*

As questões de entendimento da PSR acerca dos seus direitos à saúde e acerca do fato de ela ser um dever do Estado foram verbalizadas conforme o discurso a seguir:

*[...] eles não entendem que a saúde é um dever do Estado e um direito deles enquanto cidadão [...] eles foram durante muito tempo tendo estes direitos violados de algum jeito e as necessidades de saúde deles são assim [...]* (P 01).

Entre as questões de direitos e deveres da PSR, a profissional P 04 coloca a necessidade de trabalhar questões inerentes à responsabilidade para além dos direitos à saúde.

*[...] acho que é mais uma questão de trabalhar mais com o outro porque às vezes a gente também esquece. Não são só os direitos. E os deveres, nada? Agenda-se consulta especializada, muitas vezes priorizando-a e a pessoa em situação de rua não vai [...]* (P 04).

#### 4.2.1.1.3 Trabalho intersetorial

Visando à gestão do processo de trabalho na saúde e às especificidades da vida na rua, vários profissionais citaram a importância da intersetorialidade, colocando-a como elemento facilitador das ações no CR, conforme pode ser visualizado nos relatos a seguir:

*[...] uma das facilidades que eu posso dizer é a questão da articulação. A gente trabalha muito com o Centro POP do Boqueirão. Para nós, a gente não tem nenhuma dificuldade, a gente trabalha muito com a assistente social de lá* (P 05).

*[...] ela foi sendo trabalhada, ela briga bastante lá, mas ela fica lá. Reforço que para a pessoa em situação de rua superar a rua, sair da rua, a ação tem que ser articulada, a intersetorialidade, com certeza* (P 17).

*[...] mas temos avançado desta forma com a intersetorialidade. São muitas articulações e que são vitais para a efetividade no nosso trabalho. Ontem aconteceu de novo um caso de uma pessoa em situação de rua que é um desafio e que tem trazido algumas dificuldades [...]* (P 20).

*[...] Como facilidade, eu elenco a intersetorialidade, a gente fez esta semana uma parceria maravilhosa com a saúde ambiental – com a defesa animal – a gente tem um senhor – você deve saber o caso [...]* (P 12)

*[...] então este paciente tinha pendência judicial e orientamos que ele fosse até a Defensoria Pública, lá eles não iriam prendê-lo, a gente encaminha para tudo o que é lugar – o Consultório na Rua não é só saúde engessada* (P 11).

Contraditoriamente, vários profissionais relataram que o trabalho intersetorial é umas das dificuldades no trabalho do CR, muitas vezes devido aos fluxos não estabelecidos e à indefinição dos papéis das instituições envolvidas.

*[...] a população com que trabalhamos merece uma atenção especial frente aos Órgãos que fazem parte da nossa Clínica Ampliada, uma das principais: Fundação de Ação Social, Unidade de Saúde e outros, na maioria das vezes as equipes do Consultório na Rua apresentam dificuldades em concluir os atendimentos devido a esta articulação ser insuficiente (P 19).*

*[...] Secretaria de Geração de Trabalho e Emprego e todas as Secretarias que a gente poderia estar trabalhando [...] a gente ainda não avançou, isto é uma dificuldade, acho que é uma dificuldade e é um desafio de avançar na intersetorialidade porque a gente percebe que a gente não pode pegar tudo para si (P 01).*

*[...] como dificuldade também temos a questão dos fluxos intersetoriais que, ainda não estão estabelecidos – isso que a gente falou dos indocumentados, da burocracia nos hospitais (P 01).*

*[...] a vinculação do morador de rua à política, ao serviço de saúde, qual é o objetivo do Consultório na Rua? O que é importante deixar claro é que o nosso trabalho é diferenciado da Fundação de Ação Social (P 07).*

Outro aspecto da intersetorialidade que emergiu das falas está relacionado a avanços dessa política pública na saúde e à fragmentação do trabalho em rede, conforme descrito a seguir:

*[...] na referência e contrarreferência, a gente tem uma dificuldade de fazer ainda, a gente percebeu que a gente funciona como ilha, que a gente entendeu que éramos uma equipe muito responsável pelo morador de rua e se apropriou de todas as questões dele que não só da saúde [...] e aí, quando a gente fez isso, a gente deixou de convocar para os mesmos avanços que a gente está tendo na saúde, a gente deixou de convocar as outras secretarias para avançar junto, para caminhar assim bem do ladinho, assim de mãos dadas (P 01).*

Dessa forma, os discursos dos profissionais evidenciaram a falta de políticas públicas que norteiem o trabalho das eCRs, apontando as facilidades e fragilidades na consolidação destas.

#### 4.2.1.2 Saber ideológico – necessidades naturais

Na terceira classe fornecida pelo *software* IRAMUTEQ, estão contemplados os saberes ideológicos na perspectiva das necessidades em saúde da PSR. Adotou-se a tipologia de necessidades proposta por Agnes Heller (1986), baseada em Marx, da qual foram observadas somente as necessidades naturais.

Visualizada na FIGURA 12, a Classe 3 apresentou os vocábulos *hospital*, *mulher*, *criança*, *levar*, *ficar*, *casa*, *querer*, *mãe*, *internar*, *família*, *morrer* e *crack* como os mais frequentes e com valores de qui-quadrado mais elevados ( $\chi^2 > 19$ ). Os discursos que referenciaram esses vocábulos focaram nas necessidades em saúde da pessoa em situação de rua atendida pelas eCRs e evidenciaram o uso abusivo do álcool e outras drogas, conforme os relatos a seguir:

*[...] às vezes eles estão com fratura e não vão atrás de atendimento. A gente orienta. Ontem as meninas levaram um paciente para o pronto-socorro do Hospital Cajuru devido a fratura (P 18).*

*[...] tinha uma úlcera enorme nas pernas. Problema. E agora temos o Senhor P, que está com um problema sério pulmonar. Ele melhorou no hospital, já fez até dreno de tórax (P 10).*

*[...] fica lá dois, três dias e foge do hospital pela procura do álcool ou da droga e isso é muito triste porque eles têm complicações clínicas sérias: complicações cardíológicas, complicações pulmonares [...]. (P 10).*

*[...] a enfermeira conseguiu tirá-lo do viaduto e levar para tratamento. Ele é alcoolista, tem muitos problemas. Estava morrendo, inchado. Foi encaminhado para o hospital, para a clínica de desintoxicação em alcoolismo (P 17).*

*[...] porque já tive, esse ano, três casos assim de senhora e de senhor: ela virou dependente do crack e ele dependente do álcool. Ela era cardíológica, que veio a óbito agora no final do ano (P 10).*

Quanto aos internamentos consecutivos para o tratamento do uso abusivo do álcool, o profissional insistiu na necessidade da realização de tratamentos, conforme relato:

*[...] aquele é um momento: “– Ah! Eu já me internei 20 vezes!” “– Então vamos tentar a vigésima primeira?” – Aí ele aceita – Às vezes a gente sabe que ele não vai ficar uma semana, mas que fique um dia só tomando soro (P 11).*

Com relação às mulheres em situação de rua, a gravidez foi apontada, em muitos discursos, como motivo de busca de atendimento no CR. No período gravídico-puerperal, os profissionais atuam no aconselhamento na perspectiva de um processo de conscientização quanto ao futuro da criança:

*[...] a gente acompanha os pré-natais que tem na rua, a gente conscientiza com a questão de mudança de vida para ficar com a criança (P 04).*

*[...] a gente já teve isso com outras gestantes, porque, se a gestante vai para o hospital, o hospital automaticamente avisa o Conselho Tutelar. Nessas condições de rua, o Conselho Tutelar não vai deixar esta mãe ir para rua com a criança. Nós orientamos (P 12).*



*[...] então ela tem familiar com endereço fixo, mas a mãe não aceita que ela volte por conta das drogas e até a gente esperava que ela ficasse no hospital até o momento do parto. Agora a criança irá para o Conselho [...] (P 02).*

Outra questão que emergiu nessa classe foi o enfrentamento da dor física e a preocupação com a estética, conforme relato:

*[...] a pessoa em situação de rua não quer saber se tem tuberculose, não quer fazer o exame do HIV, mas a questão odontológica ela sempre quer resolver – um dente que está incomodando ou que está feio [...] (P 02).*

*[...] A rua prende muito e a própria população estimula, dando esmola, dando comida e eles não querem sair e a questão do tratamento de saúde eles não dão muita importância [...] para eles não é importante, só procuram o serviço de saúde quando estão morrendo, quando veem que está ruim mesmo (P 13).*

A preocupação com as questões crônicas de saúde que se mascaram com o uso de drogas também foi evidenciada:

*[...] porque as pessoas que estão em situação de rua não têm sofrimento imediato. O sofrimento agudo deles é combatido com o crack e a droga. Então quando tem uma dor muito intensa, elas se dopam e vai passar esse período agudo para um período crônico [...] o problema é a questão crônica, que muitos delas provavelmente estão morrendo por infecções generalizadas e infecções crônicas da boca, que ficam anos e anos naquelas raízes residuais (P 03).*

Outros aspectos dos atendimentos que emergiram das falas estão relacionados ao enfrentamento das dificuldades desses usuários na adesão a tratamentos, principalmente ao da tuberculose e da AIDS/HIV, conforme se observa nas seguintes falas:

*[...] temos pacientes que precisam fazer o medicamento de dose supervisionada para tuberculose e estão aguardando vaga de internação no hospital (P 13).*

*[...] você imagina se fosse escarro mesmo e eu falei assim: “Eu tenho certeza que essa mulher tem tuberculose e HIV há mais de dez anos e nunca tratou!” [...] acho que ela percebeu que estava pior, cada vez pior, coletei o escarro. Em dois dias saiu esse resultado e eu comecei a pegar a medicação para ela levar da tuberculose. Iniciamos o tratamento supervisionado (P 13).*

*[...] levamos a paciente M com risco de morte, HIV, sífilis. Já fizemos de tudo com ela, vários internamentos, não adere ao tratamento. Desistir? Jamais! Não podemos pensar que é um caso perdido (P 11).*

Com relação aos tratamentos antirretrovirais, vários entrevistados mencionaram a indocumentação dos usuários, fato que esbarra na dispensação dos medicamentos e aponta a necessidade singular desses moradores de rua ao acesso a esses tratamentos.

*[...] não pode pegar o remédio, então isto também frustra, pois a portaria tal fala que não pode e daí a gente fica complicado. A gente sabe que ele corre risco de vida. Ele está com imunidade baixa (P 11).*

*[...] o paciente não quer fazer o documento. Ele tem a chance de fazer o documento. Ele não quer, então não vai tomar remédio, tudo bem, mas o que que fica mais caro para a saúde pública? (P 15).*

*[...] nós temos usuários com HIV que não querem fazer documento de jeito nenhum porque têm pendência com a justiça (P 12).*

Foram essas as necessidades identificadas pelos profissionais das eCRs em seu discurso e categorizadas na dimensão natural segundo Heller. A seguir, serão abordadas as outras duas classes que comporão o saber instrumental.

#### 4.2.1.3 Saber Instrumental – dispositivos e instrumentos no cuidado à PSR

Na Classe 2 da CHD fornecida pelo *software* IRAMUTEQ, estão contemplados os saberes instrumentais utilizados no trabalho da eCR. A classe foi nomeada de Dispositivos e Instrumentos no Cuidado à PSR e se divide em quatro subclasses: trabalho em equipe multiprofissional, vínculo, registros em saúde e planejamento em saúde.

Essa classe apresentou como mais frequentes e com os valores de qui-quadrado mais elevados ( $\chi^2 > 16$ ) as seguintes palavras: *sempre, gente, nome, vez, passar, conhecer, equipe, procurar, Unidade de Saúde, demanda e vínculo*.

Os discursos que referenciaram esses vocábulos evidenciaram aspectos relacionados ao processo de trabalho, ao vínculo com a pessoa em situação de rua, à invisibilidade do registro das ações do CR e ao planejamento em saúde.

##### 4.2.1.3.1 Trabalho em equipe multiprofissional

Emergiram nessa subclasse, ainda, as potencialidades do trabalho em equipe multiprofissional, sobretudo a troca de conhecimentos e necessidade de coesão entre os integrantes da equipe.

*[...] aprendemos com a prática, porque trabalhando e a equipe sendo multiprofissional, passa a ter o olhar do dentista – da orientação de escovação; da fala da psicóloga – para algumas situações, então isso facilita, aprende um com o outro (P 18).*

*[...] acho que o processo de trabalho é a maior riqueza do Consultório na Rua por ser multiprofissional. Por conta disso, conforme a situação, um profissional toma mais à frente do que o outro – a equipe precisa estar muito acertada (P 16).*

Contudo, alguns discursos relataram a complexidade do trabalho multidisciplinar e a formação acadêmica voltada para o atendimento individual:

*[...] trabalhar em uma equipe multidisciplinar é muito complexo. São várias especialidades que têm um objetivo em comum, mas no começo a gente tinha muito mais dificuldade, até para compreender qual o papel de cada profissional (P 08).*

*[...] eu acho que a dificuldade maior de atuar numa equipe multiprofissional, é que nós não somos formados para atuar em equipe dessa maneira, porque não se faz nenhuma ação no Consultório na Rua isolada. A ação não é individualizada; é, no mínimo; em dupla (P 01).*

*[...] isso significa que você pode ser o melhor especialista na sua área, mas na questão multidisciplinar ou transdisciplinar o profissional tem dificuldades de compartilhar o cuidado (P 19).*

#### 4.2.1.3.2 Vínculo

Um dos aspectos analisados nessa subclasse foi o vínculo como condição primordial de cuidado, conforme relatos dos profissionais:

*[...] ele nos procurou, ele começou a chorar bastante e falou: “eu tenho uma coisa para contar para vocês. Meu nome não é esse. Eu estou mentindo e isso está me fazendo muito mal. Mentir para a equipe está me fazendo muito mal e eu preciso contar para vocês que esse não é meu nome (P 02).*

*[...] e assim a gente sente que o morador de rua veio pelo vínculo que foi feito com a equipe do trabalho, pelas orientações de prevenção de uma gravidez e quanto era importante isso para ela (P 02).*

*[...] alguns pacientes que a gente já atende nós conseguimos ter um vínculo. Para fortalecer este vínculo, nós vamos ver como eles estão, se estão precisando de alguma coisa e geralmente tem algum curativo para fazer porque eles são dependentes de álcool. Sempre tem pontos para tirar ou somente conversa mesmo (P 15).*

*[...] a confiança é importante porque muitas pessoas vêm e oferecem algo aos moradores de rua, mas nenhum oferece alguma coisa no concreto. Então essa é a diferença e a gente vai mostrar (P 09).*

*[...] quem sabe ele revele o nome certinho. Desta forma a gente não pode acompanhar, não pode forçar. Tem o caso também, tem alguns que têm*

*uma confiança tão grande que eles pedem para nós guardarmos os documentos deles (P 10).*

*[...] vou para a rua também porque muitas vezes a gente precisa chegar e mostrar a cara para a pessoa, falar assim: “ Olha, quem vai te atender sou eu, não é outra pessoa, você olha bem para mim” (P 14).*

Vários entrevistados também apontaram a dificuldade na formação e manutenção desse vínculo. Outros se referiram à desconfiança do usuário quanto ao atendimento prestado, como se observa nos seguintes discursos:

*[...] todo mundo sabia. Quem entrou para o Consultório na Rua já sabia disso. Foram dados vários exemplos de que o vínculo você vai construindo gradativamente, mas uma palavra mal colocada por um integrante da equipe, toda a equipe pode perder esse vínculo (P 14).*

*[...] eles são muito reticentes. Este vínculo ele demora um tempo para se efetivar, uma vez que eles não acreditam muito. Eles brincam assim que a equipe do Consultório na Rua são anjos mandados por Deus para nos cuidar [...] eles colocam muito numa coisa sobrenatural, que a naturalidade para eles é que eles não sejam atendidos. Então, assim, as pessoas que vão à rua oferecer este serviço são pessoas enviadas de Deus (P 01).*

*[...] já aconteceu de um usuário dar chute na ambulância porque naquele momento não tinha o chocolate, tinha acabado. Então percebemos que o vínculo com o morador de rua é muito tênue (P 14).*

*[...] eu, que sempre fui excluído da sociedade. Como assim? Eu, que nunca fui cuidado, agora vem alguém aqui no meio da rua... Não, no meio da rua não: eles falam que no meio da rua só passam carros (P 01).*

Nessa subclasse, emergiu também a abordagem como forma de aproximação dos profissionais do CR com a PSR. Trata-se do primeiro contato – a prática que subsidiará todas as outras.

*[...] quando a gente consegue os dados do morador de rua. Porque a gente não chega já perguntando o nome de imediato, então a gente demora muito tempo para conseguir os dados desta pessoa [...] muito tempo assim, no primeiro encontro, no segundo encontro, ninguém perguntou “qual é seu nome?” “– Bom dia!” “– Boa tarde! Meu nome é João (nome fictício), sou psicólogo e trabalho no Consultório na Rua! Como é que eu posso te chamar?” [...] Nós abordamos e somos abordados porque hoje, com um ano e meio de serviço neste local, moradores de rua já nos conhecem e já solicitam quando a gente chega e para a ambulância (P 01).*

*[...] mas, enfim, é muito variado. Não dá para dizer ao certo, mas o que tem sempre que a gente faz é conversas nos plantões. A gente sai à noite abordando as pessoas em situação de rua [...] Nessa abordagem a gente vê as necessidades do morador de rua, conversa – a gente já está meio íntimo deles – então surgem os papos normais e vê a demanda. Sempre acaba surgindo uma demanda de saúde (P 03).*

*[...] na semana típica, o básico é fazer as abordagens. Normalmente abordagem é com alguém que você nunca viu. Eu vou te abordar, eu vou te conhecer, saber quem você é (P 04).*

Outros aspectos do trabalho com a PSR foram evidenciados: identificação/mapeamento dos moradores de rua, busca ativa e explanações acerca do trabalho do CR junto às US do território. Foi abordada a questão da invisibilidade desse usuário quando ele não faz parte da rotina de vida/trabalho do profissional, conforme relatos:

*[...] no início, nosso trabalho era de procurar as pessoas em situação de rua. Mesmo depois de identificadas grande parte da população, sempre encontramos novos, que estão vindo agora ou que estavam em lugar que nem imaginamos e acabamos encontrando (P 12).*

*[...] busca ativa destas pessoas faz parte do dia a dia dentro ou fora da ambulância ou no carro rodando pelo bairro. Se encontramos alguém que parece estar em situação de rua, a gente já para, duas pessoas da equipe descem e se apresentam (P 12).*

*[...] com as equipes de US. Isso a gente faz desde o começo, de visitar, conversar com a gerente local da US, se apresentar para a equipe, explicar toda a situação do atendimento ao morador de rua (P 12).*

*[...] quando não faz parte da nossa rotina, quando não faz parte do nosso trabalho, para nós é invisível. A gente passa por cima deles e não presta atenção e, a partir do trabalho, a gente fica atento para isso (P 08).*

#### 4.2.1.3.3 Registros em saúde

Dentre as atividades referidas nos discursos, o registro em saúde emergiu no processo de trabalho no CR. Resgatando a subclasse anterior, o tema invisibilidade também foi elencado, porém no tocante aos registros do trabalho dos profissionais do CR junto ao morador de rua.

As dificuldades de registro apontadas foram: falta de dispositivo móvel (*tablet* ou *notebook*), falta de estrutura física (consultórios) nas US de referência, impossibilidade de registro do cuidado no prontuário eletrônico da SMS Curitiba, que inicia o processo pelo cadastro do usuário (nome, sobrenome e endereço, dados que nem sempre estão disponíveis):

*[...] a gente tem que ficar procurando de sala em sala um local para poder fazer, então faz muita falta. Se houvesse alguma coisa móvel, ajudaria muito. Se você está atendendo na rua, se houver algo móvel (P 04).*

*[...] tem alguns que têm cadastro em várias unidades de saúde. Vários cadastros provisórios, só que com alguma coisa de diferente no nome, no sobrenome. Muda uma letra ou duas e daí você fica em dúvida, vai pelo histórico (P 10).*

*[...] as abordagens que realizamos com pacientes que ainda não temos vínculo, ou seja, não sabemos nem o nome do morador de rua atendido. E para registrar este atendimento, precisamos começar pelo nome do paciente. Assim nosso trabalho fica invisível (P 19).*

*[...] dentro desse processo de trabalho nosso, às vezes dão só o primeiro nome e não complementam. Esse aí que a gente não tem como registrar, a gente aborda cinco, seis vezes e não falam o nome (P 10).*

*[...] a gente descobre uma pessoa em situação de rua nova que a gente nunca viu. É aqueles que são, aqueles trecheiros que passam em um lugar que às vezes a gente nem acaba contando, que às vezes não têm parada, não tem como registrar isso [...] Porque você vai perguntar para o usuário: “– Onde você está morando?” “– Não, já estou indo para São Paulo!” Então eu nem registro nada, não tem como! Então, se a gente passa a manhã inteira abordando um trecheiro, é como se não tivéssemos feito nada (P 04).*

#### 4.2.1.3.4 Planejamento em saúde

O planejamento das ações durante as reuniões de equipe foi citado por vários profissionais como prática constante, na identificação das necessidades e dos apoios logísticos existentes. Porém algumas vezes o planejamento era alterado por motivos diversos, conforme descrito abaixo:

*[...] casos que já faz algum tempo que a gente tem contato, a gente procura sempre retornar para ver como está. Então para começar a semana, a gente procura fazer esse planejamento e também a partir da disponibilidade dos carros que a gente tem (P 08).*

*[...] toda semana, uma vez por semana, a gente faz a reunião da equipe, para planejar, até porque sempre vai ter alguma divergência. Por exemplo: eu acho que a gente deveria ter internado ou eu acho que a gente deveria tentar o CAPS (P 02).*

*[...] a gente discute casos que tivemos durante a semana, aqueles que a gente encontrou um pouco de dificuldade. Então a gente discute, pega a opinião de todo mundo, costuma passar isso na ata (P 05).*

*[...] não temos uma rotina diária de trabalho, temos pontos de trabalho durante a semana ou na US, mas que podem ser alterados conforme as demandas que chegam pelo telefone ou solicitadas por outros setores (P 19).*

Foram esses dispositivos e instrumentos presentes no cuidado à PSR que emergiram do discurso dos profissionais do CR, evidenciando as facilidades e dificuldades na rotina de uma semana típica de trabalho com a PSR.

#### 4.2.1.4 Saber Instrumental – agenda semanal das eCRs

Na quarta classe fornecida pelo software IRAMUTEQ no discurso dos participantes profissionais, após análise foram contemplados os saberes instrumentais utilizados no trabalho da eCR, nominados de Agenda Semanal das eCRs .

Essa classe apresentou como mais frequentes e com os valores de qui-quadrado mais elevados ( $\chi^2 > 54$ ) os seguintes vocábulos: *tarde, região, distrito sanitário, manhã, quarta-feira, hora, geralmente, praça, território, segunda-feira, terça-feira, semanal e plantão*.

Os segmentos de texto analisados focam na agenda de compromissos de uma semana típica de trabalho, na qual os dias da semana referem-se à organização da agenda, conforme os relatos a seguir:

*[...] na quarta-feira, temos o plantão semanal na equipe de Consultório na Rua Ouvidor. A gente faz tarde e noite, então eu tenho a cadeira disponível a partir das 4 horas da tarde e vou até a hora que der (P 14).*

*[...] a Praça 19 de Dezembro foi uma área assim bem difícil da gente ter porta aberta. Agora os moradores de rua confiam na gente, bem tranquilo. Na terça-feira à tarde a gente vai para a região do Cemitério Municipal. Aí depende da demanda (P 11).*

*[...] na segunda-feira à tarde a gente faz reunião de equipe para planejamento e avaliação do trabalho. Na segunda-feira de manhã fazemos visita mesmo nos pontos principais. Temos uma programação semanal, então na segunda-feira a gente sai na rua mesmo (P 17).*

*[...] na quarta-feira nós fazemos o plantão noturno. Daí nós não temos atividade pela manhã. Iniciamos o trabalho às 13 horas (P 10).*

*[...] a gente ainda está mapeando a região do Distrito Sanitário Pinheirinho e do Distrito Sanitário CIC, mapeando para conhecer os pontos onde eles ficam. O Distrito Sanitário CIC já está mais completo. Nós temos hoje em torno de 126 pessoas em situação de rua (P 07).*

*[...] na quinta-feira nós fazemos pela manhã a região do Belvedere, onde temos também bastante procura porque próximo dali tem a casa São José, uma ONG onde eles tomam café e tomam banho (P 10).*

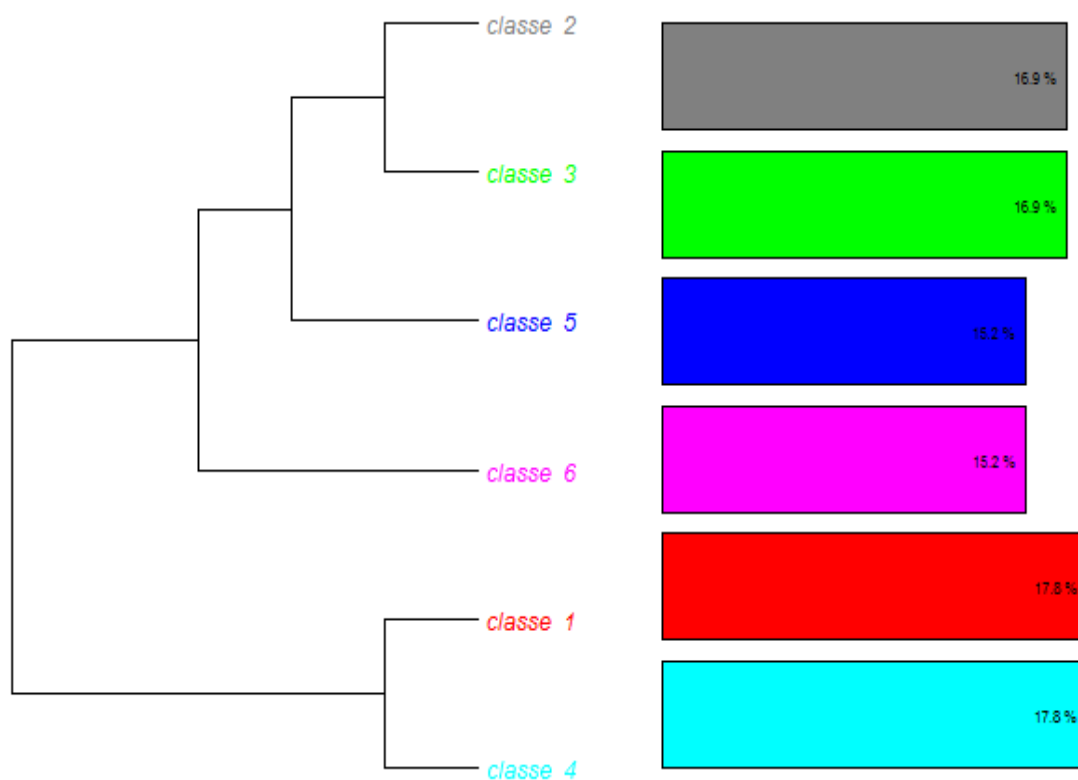
*[...] ver como está o estado de saúde deles e se precisam de algo. Então temos plantões na Unidade de Saúde de referência e plantões em locais fixos nas praças e nas ruas onde percorremos semanalmente (P 20).*

Pelo discurso, percebeu-se que os profissionais se apropriam das finalidades do trabalho com a PSR, ou seja, o cuidado à PSR.

#### 4.2.2 Usuários das eCRs

O *corpus* constituído de seis entrevistas deu origem a seis UCIs, das quais se obtiveram 139 UCEs; delas, 118 foram aproveitadas (84,89% do *corpus*), gerando seis classes de segmentos de textos diferentes entre si. A relação dessas classes foi ilustrada no dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (FIGURA 13).

FIGURA 13 – DENDOGRAMA DE CLASSES REFERENTE ÀS ENTREVISTAS COM OS USUÁRIOS DO CR. CURITIBA-PR, 2015

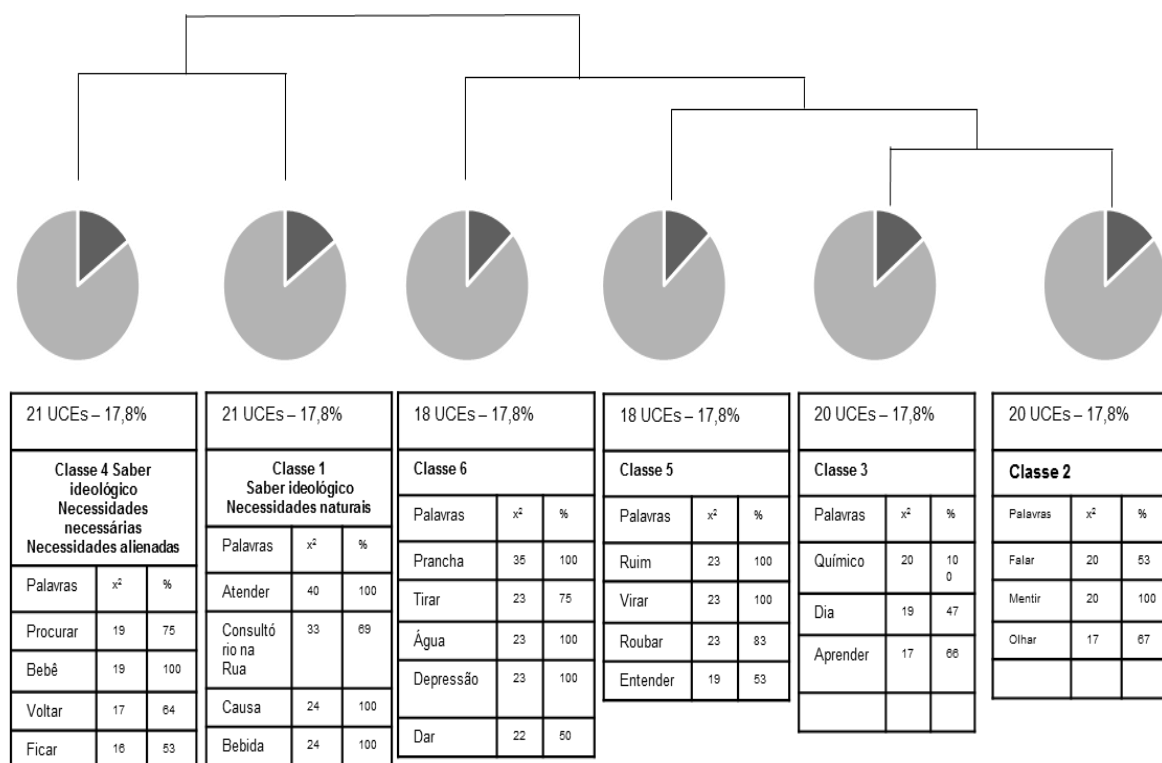


Fonte: A autora (2015).

A CHD mostrou-se estável com as seis classes, ou seja, classes compostas de unidades de segmentos de texto com vocabulário semelhante entre si e diferente das classes de outros segmentos de texto. A partir do teste qui-quadrado da percentagem e da significância, foi computada uma lista de palavras para cada classe (FIGURA 14).



FIGURA 14 – DENDOGRAMA DE CLASSES REFERENTE ÀS NECESSIDADES DOS USUÁRIOS DO CR.CURITIBA-PR, 2015



Fonte: A autora (2015).

Depois da exaustiva análise do dendrograma gerado e por meio das palavras e segmentos de texto originados a partir delas, as Classes 2, 3, 5 e 6 não foram consideradas, pois os segmentos de texto não são significativos nesse estudo, uma vez que se referiram exclusivamente ao discurso de um usuário.

Após a análise das palavras selecionadas nas Classes 1 e 4 da CHD, bem como dos seus respectivos segmentos, utilizando a tipologia de necessidades proposta por Agnes Heller (1986) estas foram nominadas de Saber Ideológico, com os detalhamentos que podem ser visualizados no QUADRO 9.

QUADRO 9 – SABERES IDEOLÓGICOS – NECESSIDADES EVIDENCIADAS NO DENDOGRAMA DE CLASSES DAS ENTREVISTAS DOS USUÁRIOS DO CR. CURITIBA-PR, 2015

Classe	Nomenclatura	Detalhamento
Classe 1	Saberes Ideológicos	Necessidades naturais
Classe 4		Necessidades necessárias Necessidades alienadas

FONTE: A autora (2015).

A seguir é apresentada individualmente cada classe, com as nomenclaturas e detalhamentos adotados.

#### 4.2.2.1 Saber ideológico – necessidades naturais da PSR

Após a análise das palavras selecionadas na primeira classe da CHD, fornecida pelo *software* IRAMUTEQ, a classe foi nominada de saber ideológico por representar as necessidades naturais na perspectiva da PSR, conforme tipologia adotada por Heller (1986).

As palavras mais frequentes nessa classe, com valores de qui-quadrado mais elevados ( $X^2 > 19$ ) e com menores níveis de significância ( $p < 0,0001$ ), foram: *atender*, *Consultório na Rua*, *causa* e *bebida*, relacionadas ao motivo da procura pelo serviço do Consultório na Rua, conforme descrito:

[...] olha, já fui atendida pelo Consultório na Rua, só nestes últimos dias, umas três vezes. A última vez por causa da dor no meu braço e me levaram para o Hospital Cajuru. Eu havia mesmo quebrado o braço (U 1).

[...] já fui atendido então umas duas ou três vezes, não tenho certeza, mas por questão da bebida e dentista também [...] O médico aqui do Consultório na Rua me deu encaminhamento para CAPS (U 4).

[...] já fui atendido muitas vezes pelo Consultório na Rua. Elas fizeram curativo no meu pé. Estava doendo muito depois de uma briga na rua: fui me defender com o pé e alguma coisa entrou na sola do meu pé (U 6).

[...] já estou há oito anos na rua. Sou de Curitiba, estudei até a quinta série. Já fui atendido várias vezes pelo Consultório na Rua, sempre por causa do álcool, não sei quantas vezes [...]. Agora estou no CAPS graças a eles [...] eles conseguiram esta vaga para mim. A terapia é boa e irei no dentista do Consultório na Rua pela primeira vez (U 2).

*[...] já vai para 12 anos que estou na rua. Já fui atendido muitas vezes pelo Consultório na Rua. Tive problema ano passado de úlcera, tive que tomar cimetidina. O Consultório na Rua me ajudou muito (U 5).*

*[...] eu sabia que estava grávida. Eles iniciaram meu pré-natal e agora eu faço as consultas na Unidade de Saúde Mãe Curitibana. Agora a equipe do Consultório na Rua não precisa mais me levar na Unidade de Saúde: agora vou sozinha (U 1).*

#### 4.2.2.2 Saber ideológico – necessidades necessárias e alienadas

A quarta e última classe após a análise, por representar as necessidades na perspectiva da PSR, foi nominada de saber ideológico. Evidenciaram-se as necessidades necessárias e as necessidades alienadas, conforme tipologia adotada por Heller (1986).

Essa classe apresentou os seguintes vocábulos mais frequentes, de valores de qui-quadrado mais elevados ( $\chi^2 > 16$ ) e com menores níveis de significância ( $p < 0,0001$ ): *procurar, bebê, voltar e ficar*.

O segmento de texto analisado evidencia a violência na rua e os reflexos na saúde da entrevistada, conforme se pode ler a seguir:

*[...] quando eu estava quase ganhando, eu levei um chute na barriga e o bebê morreu, brigaram comigo. O pessoal do Consultório na Rua sempre vinha atrás de mim para ver como eu estava na minha gestação [...] mas eu também sempre ia procurar por eles na gravidez. Eu sempre ia procurar, eu estava sempre nervosa. Eu bebo muito, viver na rua é muito triste (U 3).*

Alguns entrevistados demonstraram vontade de retornar ao trabalho após melhora da saúde e buscam apoio nos movimentos organizados e amigos da rua:

*[...] agora que estou duas semanas no CAPS, fui pelo Consultório na Rua, fiquei melhor, dei uma equilibrada na minha mente, na minha memória. Quero voltar a trabalhar no Movimento, quero ver se me ajudam, são uns “sarna”, mas me ajudam (U 2).*

*[...] o Consultório na Rua deveria mandar ele para algum lugar, porque ele tem vontade de ficar sóbrio, ele tem essa força (U 5).*

As desavenças familiares e a baixa escolaridade são apontadas como motivos de ida e de estar na rua, conforme relatos a seguir:

*[...] nunca gostei de estudar: fui só até a quinta-série. Depois que minha mãe morreu, nunca mais voltei para a escola (U 6).*

*[...] não tenho casa, briguei com meu pai. Quando eu voltei para casa da última vez, minha casa estava queimada, não tinha ninguém, lá no Jardim Independência. Depois disso, fico na rua (U 3).*

*[...] passei a viver na rua depois que me separei da minha mulher. Faz oito anos que me separei dela (U 2).*

*[...] estou em situação de rua desde que separei [...] (U 5).*

Dessa forma, o participante mencionou como viver na rua o transformou, bem como o preparou para o enfrentamento dessa experiência.

*[...] é uma qualidade de turma da rua muito [...] sabe assim, aprendi a me virar, a ficar ruim (U 5).*

Na quarta classe foi possível reconhecer as necessidades alienadas apresentadas pela PSR, explicitadas em discursos que tratam do roubo na rua e do desemprego vivenciado.

*[...] na rua, um rouba o outro, pega um dinheiro, mete no bolso, volta aqui e roubam, é uma falcatrúia [...] assim [...] (U 5).*

*[...] no começo, eu voltava para casa lá no Sabará, mas agora ela (esposa) não quer que eu volte mais. Eu era ajudante de marceneiro, mas fui mandado embora. Sou muito nervoso, faltava muito no serviço, bebia (U 6).*

Com isso se percebeu que as situações em que a PSR procurou o serviço do CR eram diversas, bem como eram distintas as questões relacionadas às suas condições de vida na rua. A organização dos serviços para o enfrentamento dessa realidade será discutida no capítulo a seguir.

## 5 DISCUSSÃO

Este capítulo discute, à luz das categorias analíticas e com fundamento na literatura, os resultados apresentados anteriormente. É a síntese da reflexão relativa aos saberes ideológicos e instrumentais dos profissionais que atuam no Consultório na Rua e seus usuários.

O capítulo inicia com a discussão acerca da caracterização dos profissionais e usuários do CR, elementos constitutivos do processo de trabalho no Consultório na Rua. Sequencialmente, aborda as categorias analíticas, quais sejam: saberes ideológicos e saberes instrumentais.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

#### 5.1.2 Participantes – profissionais da eCR

O percentual significativo de profissionais do sexo feminino nas eCRs é semelhante ao percentual encontrado em estudos de Marqui et al. (2010) e de Zanetti et al. (2010), na caracterização de equipes de Saúde da Família, e em Nunes et al. (2015), nos profissionais da Atenção Primária, confirmando a tendência de feminilização das equipes da APS.

Quanto à formação das eCRs, o Ministério da Saúde tem na Portaria n. 1.029, de 20 de maio de 2014, o rol de profissionais que podem integrar essas equipes, cabendo aos gestores municipais a escolha da composição das equipes. Nesta pesquisa, a presença de dois cirurgiões-dentistas torna a conformação das equipes locais diferente das equipes de cidades como São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Maceió (BRASIL, 2015).

A participação do cirurgião-dentista na eCR foi pioneira em Curitiba e serviu de diretriz nacional na inclusão desse profissional nas equipes do CR. Similarmente, o município já contava com esse profissional antes de o Ministério da Saúde criar as equipes de Saúde Bucal na ESF (ALEGRETTI; MOYSÉS, 2013).

Destaca-se o tempo de atuação na SMS-Curitiba: 30% dos participantes referem mais de dez anos na instituição, diferentemente de um estudo realizado em Minas Gerais, onde a maioria dos profissionais trabalhava no serviço de saúde havia menos de cinco anos (SILVA et al., 2014).

Quanto à qualificação dos profissionais de nível superior, todos tinham pelo menos um curso de especialização, com destaque para as áreas de Saúde Mental e Saúde Coletiva. A portaria de ingresso nas equipes do Consultório na Rua privilegia a formação em termos de especialização na área da APS (Saúde da Família, Saúde Coletiva ou Pública), Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e Redução de Danos, formação que confere maior pontuação aos candidatos no processo de seleção (CURITIBA, 2013). Segundo Leão e Caldeira (2011), profissionais qualificados apresentam potencialidades para a transformação do modelo de atenção.

### 5.1.3 Participantes – usuário do CR

O predomínio do sexo masculino nos usuários é confirmado pela Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008), sendo observado também em pesquisa censitária especial realizada na Irlanda (IRELAND, 2011), na Austrália (ABS, 2011) e Estados Unidos (USA, 2013).

Da mesma forma, no estudo, a prevalência de PSR na faixa etária de  $\geq 31$  a  $< 50$  anos foi semelhante à encontrada na pesquisa feita no Brasil e nos três países acima citados. O censo de população em situação de rua realizado na cidade de São Paulo em 2011 registrou que 28% da PSR com identificação de idade estava na faixa etária de  $\geq 60$  anos. Nesse sentido, Brêtas, Rosa A., Rosa A. da S. (2013) afirmaram que a população em situação de rua está envelhecendo, enquanto Silva (2009) acrescentou que esses dados podem sugerir a tendência demográfica de envelhecimento populacional. Nos Estados Unidos, a idade mediana da PSR se aproximou de 50 anos (FAZEL et al., 2014).

A totalidade dos entrevistados não concluiu o estudo fundamental, porém o grau de escolaridade na população em situação de rua é variado (BRASIL, 2008).

Em pesquisa realizada por Silva (2009) nas cidades de Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife e São Paulo, 68,70% da população em situação de rua possuía algum grau de escolaridade. A pesquisadora destacou que, em Belo Horizonte e São Paulo, ocorreu uma pequena elevação das pessoas com escolaridade no ensino médio e superior, sugerindo que o número de PSR está se estendendo para as camadas com maior escolaridade.

Metade dos usuários dos CRs referiu estar em situação de rua há mais de dez anos. Segundo Ferreira (2005), o tempo em situação de rua é uma importante

variável no que se refere à PSR, pois acaba por determinar as chances de essa população sair mais rapidamente da rua, ou seja, quanto menor o tempo de rua, maiores as probabilidades de reversão. O autor apontou sensível aumento nos grupos de moradores que possuem mais tempo de rua em estudo realizado na cidade de Belo Horizonte. Para Silva (2009), o tempo em situação de rua dessa população está aumentando no Brasil.

Conhecer os participantes (profissionais e usuários) foi tópico importante, uma vez que os seus discursos constituíram a base da análise, reflexão e considerações do presente estudo.

## 5.2 ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO PROCESSO DE TRABALHO NO CONSULTÓRIO NA RUA

Conhecer a realidade do processo de trabalho das eCRs por meio dos discursos dos profissionais que integram as equipes permitiu identificar os saberes ideológicos e instrumentais presentes nas práticas desses trabalhadores. De acordo com Egry (2010), esses saberes são mais que instrumentos transformadores do objeto, são elementos constitutivos do processo de trabalho.

Segundo o referencial adotado, os saberes ideológicos são constituídos pelas bases teóricas e legislativas do trabalho de saúde em si, com seus agentes e produtos – neste estudo, respectivamente, profissionais que atuam no Consultório na Rua e a pessoa em situação de rua assistida. Este estudo foi ao encontro das colocações de Egry (2010, p. 73): *“muitas vezes não é visível, no objeto, a marca do processo de trabalho (que é o produto desse processo), e isso torna o próprio trabalho invisível”*. A FIGURA 15 ilustra os saberes ideológicos e instrumentais a partir dos discursos.

FIGURA 15 – ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CONSULTÓRIO NA RUA, SEGUNDO OS SABERES IDEOLÓGICOS E INSTRUMENTAIS. CURITIBA-PR, 2015.



FONTE: A autora (2015), com base em Egry (2010).

Dos discursos dos entrevistados, emergiram os saberes ideológicos e instrumentais, e, de modo predominante, a centralidade estava no processo de trabalho, dirigido pelos saberes ideológicos.

Esse resultado infere que a determinação social de morar na rua foi basilar, o que se explica pela dimensão estrutural da realidade objetiva desses trabalhadores e usuários, na qual as questões afetas à estrutura social tornaram-se mais evidentes do que a própria organização do serviço do CR. Evidenciaram-se nessa dimensão as Políticas Públicas que norteiam o trabalho das eCRs, com destaque para a Política Nacional da Atenção Básica, tendo como classes significativas: acesso, saúde como direito, intersetorialidade e necessidades da PSR.

Esses achados diferem dos de um estudo realizado com enfermeiros que atuavam em Núcleos Hospitalares de Epidemiologia numa capital do Sul do Brasil, no qual se constatou a centralidade dos discursos dos enfermeiros nos saberes instrumentais inerentes ao processo de trabalho (CHAVES et al., 2015).

A seguir será apresentada, de forma sistematizada e organizada, em blocos distintos, a discussão acerca dos saberes, na qual o conhecimento foi sendo construído em partes, porém sem perder a visão da totalidade.



### 5.3 SABERES IDEOLÓGICOS

Neste subcapítulo, as discussões permearam os saberes ideológicos presentes no processo de trabalho das eCRs, quais sejam: políticas públicas que norteiam o trabalho da eCR (acesso à saúde, saúde como direito constitucional e trabalho intersetorial) e concepções sobre as necessidades da PSR.

#### 5.3.1 Políticas públicas que norteiam o trabalho da eCR

Conforme a Política Nacional da Atenção Básica, em suas disposições gerais, a Atenção Básica orienta-se pelos princípios “[...] da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2012a, p. 20, grifo nosso).

A Atenção Básica vê o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando a integralidade da atenção. Tem como fundamentos e diretrizes

[...] possibilitar o *acesso universal* e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde [...] (BRASIL, 2012a, p. 20, grifo nosso).

Sustentado por um saber ideológico, no processo de trabalho dos profissionais das eCRs, o acesso à saúde da população em situação de rua foi um dos tópicos de significância nos discursos dos participantes.

Bárbara Starfield (2002) coloca que o acesso é um dos atributos centrais da APS. Mesmo considerado um conceito fundamental na área de políticas de saúde, não é um conceito fácil de ser apreendido e não há um consenso quanto à sua definição. No senso comum, acesso é usualmente tomado como acessibilidade geográfica e, na literatura em saúde, é definido como porta de entrada do usuário no sistema de saúde ou como utilização do sistema pelo usuário (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A definição adotada por Travassos e Martins (2004) traduz o acesso como o resultado da interação entre usuários e sistema. Desse modo a concepção vai além da noção do acesso geográfico, sendo o acesso definido como uma categoria

multidimensional com as seguintes subdimensões: disponibilidade, acessibilidade, acomodação, capacidade aquisitiva e aceitabilidade.

Considerado um componente fundamental dos direitos sociais, é uma das formas pelas quais a sociedade se torna capaz de garantir aos seus membros a atenção necessária, avançando na concretização desses direitos e no fortalecimento do sentimento de proteção e pertinência do cuidado (CONILL; FAUSTO, 2007).

A criação das eCRs no município estudado está em consonância com a Política Nacional para a População em Situação de Rua e tem na Política Nacional da Atenção Básica seus referenciais e diretrizes. Com isso o CR visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde.

Contudo, nos discursos dos entrevistados – profissionais das eCRs –, destacaram-se aspectos ligados à resistência dos profissionais das US em atender e acolher a PSR, o que é similar aos achados de Borysow e Furtado (2014). Em estudo realizado no interior paulista, os autores observaram que profissionais da APS comumente levantavam questões que impediam o efetivo atendimento da PSR, praticamente excluindo essa possibilidade.

Com relação às questões de ordem diversa referidas nesta pesquisa, sobressaíram aquelas relativas às barreiras organizacionais e ao preconceito. Na barreira organizacional, apontou-se a conformação atual dos serviços de saúde. Essa situação se delineia apesar de o município possuir uma instrução normativa na qual a PSR pode se cadastrar na US de sua escolha, sem a necessária da comprovação do endereço, nem a apresentação de documento com foto, pois é aceito o nome social.

Dessa forma, Assis e Jesus (2012) acrescentam que o acesso ao sistema de saúde é um exemplo de que a legalidade de uma proposta não assegura a sua implementação, ideia compartilhada por Rehem, Egry e Ciosak (2013).

Para Lopes (2014), as equipes de saúde da APS consideram o território de atuação ou de abrangência um conjunto de domicílios, ou seja, assistem somente os usuários de uma área específica – dito de outra forma, as pessoas que vivem nos domicílios de uma área. Por isso, a PSR, por não ter um domicílio e consequentemente um comprovante de endereço, nem um documento de identificação, tem seu acesso prejudicado na APS.

Contudo, se reconhece que uma pessoa não deixa de ser um humano por não ter endereço ou documentos (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

Os mesmos autores apontaram que o preconceito social que atinge os profissionais de saúde os direciona ao trabalho pautado em diretrizes burocráticas, sendo essa uma das barreiras no acesso das pessoas em situação de rua à rede de saúde. Hauff e Turner (2014), em estudo realizado no Estado de Dakota do Norte, acrescentaram que a estigmatização da PSR e, conseqüentemente, o preconceito reforçam as barreiras nos serviços de saúde.

Outro limitador do acesso às US foi o não reconhecimento pelos profissionais das US de que a PSR é uma pessoa de direitos. O acesso à saúde é uma forma de esse sujeito se perceber como pessoa de direitos. Santos (2011) questiona quantas pessoas no Brasil seriam cidadãos e questiona quantos deles sabem que o são, acrescentando que

O simples nascer investe o indivíduo de uma soma inalienável de direitos, apenas pelo fato de ingressar na sociedade humana. Viver, tornar-se um ser no mundo, é assumir, com os demais, uma herança moral, que faz de cada qual um portador de prerrogativas sociais. Direito a um teto, à comida, à educação, à saúde, à proteção contra o frio, a chuva, as intempéries; direito ao trabalho, à justiça, à liberdade e a uma existência digna (SANTOS, 2011, p. 82).

Segundo Paim et al. (2011), a concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica, a ser resolvida pelos serviços de saúde, mas sim como uma questão social e política, a ser abordada no espaço público: a saúde pensada como um direito de cidadania.

A saúde como valor moral e ético exige dever social. Conforme Santos e Andrade (2012, p. 2.877),

Os profissionais têm o dever de serem agentes de transformação nesse processo, sendo copartícipes e não detentores isolados de conhecimento que se encastelam em seus saberes técnicos, herméticos, em prejuízo do humano e da solidariedade.

Para os mesmos autores, esse aspecto é ponto essencial para a efetividade do acesso, no qual profissional e usuário devem se sentir pertencentes ao SUS. Para que a justiça social seja alcançada – acrescentam –, é necessária a equidade na organização dos serviços de saúde.

Embora o SUS enquanto política pública tenha sido formulado na perspectiva do acesso universal, da igualdade e da justiça social no que diz respeito às necessidades em saúde da população, o conceito de equidade surge “mesmo

que ela não tenha sido mencionada na legislação da saúde, por ser um dos elementos de justiça” (SANTOS; ANDRADE, 2012, p. 2.877).

No entanto, ainda existe um entendimento limitado sobre a definição do conceito de equidade e uma resistência inicial à sua incorporação como critério para a elaboração de diretrizes públicas (PAIM, 2006).

Lopes (2014) salienta que a construção de políticas públicas voltadas para a população em situação de rua é algo recente e, na realidade concreta das grandes cidades brasileiras, a PSR geralmente não acessa o SUS. No contexto da redução das desigualdades no acesso à saúde, Paim (2006) levantou a hipótese de que o SUS pode promover a equidade na perspectiva da ética e da justiça, sem comprometer o seu caráter universal e igualitário.

Nesse sentido, reforça-se o trabalho das eCRs, considerando que elas são instrumentos capazes de levar atenção à saúde e políticas públicas afins, por meio de intervenções que permitam ajustes no ambiente onde a PSR se insere, inclusive nos espaços das USs.

Dessa forma, a rua é território de moradia e de vida sem ser domiciliar, e é a partir desse território que o trabalho das eCRs é construído, viabilizando a inserção da PSR na APS. O profissional se coloca como ponte, ligando a PSR ao serviço, sendo o elemento facilitador desse acesso e permitindo a ligação entre as duas margens, conforme o discurso do entrevistado P 05.

Para além das questões que abarcam estigmas, preconceitos e fluxos organizacionais envolvidos no acesso à saúde e demais políticas, Santos e Andrade (2012) apontaram que muitos obstáculos precisam ser superados, quais sejam: retirar barreiras de toda forma – físicas, econômicas, sociais, raciais, geográficas, sociológicas, viárias – que possam impedir o sujeito de obter um direito ou um serviço que lhe é garantido formalmente.

Ao analisar a organização da APS no município, os entrevistados afirmaram que as Unidades de Saúde com a Estratégia Saúde da Família acolhem melhor a PSR, quando comparadas às Unidades de Saúde tradicionais.

Em estudo investigativo acerca da presença e extensão dos atributos da APS no município de Curitiba, que comparou Unidades de Saúde tradicionais e Estratégia Saúde da Família mediante o instrumento *Primary Care Assessment Tool*

– *PCATool*<sup>16</sup>, aplicado a médicos e enfermeiros, os resultados indicaram que na ESF os escores médios e o percentual de alto escore dos atributos longitudinalidade, integralidade dos serviços disponíveis e prestados, orientação familiar e orientação comunitária foram significativamente maiores que nas unidades tradicionais.

Os resultados evidenciaram que, em Curitiba, as unidades com ESF possuíam maior presença e extensão dos atributos da APS. Contudo, a acessibilidade foi o atributo com menor escore médio, apesar do melhor resultado nas Unidades com ESF (CHOMATAS, 2013).

Resultados similares foram apresentados por Castro (2012) em estudo transversal realizado em diferentes tipos de serviços públicos de APS de Porto Alegre. Os resultados apontaram o acesso de primeiro contato com os menores escores na avaliação dos atributos da APS.

O atributo acessibilidade também apresentou baixo escore em estudo realizado no Canadá com usuários e profissionais, com base na mesma metodologia (HAGGERTY et al., 2008). Marin, Marchioli e Moracvick (2013), utilizando outra metodologia, apontaram para dificuldades semelhantes entre as modalidades de Unidade de Saúde tradicional e ESF relacionadas ao acesso, embora reconheçam que, do ponto de vista da estrutura da ESF, esta possui maior possibilidade de implantar o modelo de atenção que atenda aos princípios e diretrizes do SUS. Esses resultados sinalizaram que o acesso à saúde dos usuários ainda apresenta barreiras a serem superadas.

Entre as questões descritas no trabalho no CR, vários profissionais citaram que há avanços e desafios nessa área, enfatizando a importância do trabalho intersetorial como condição necessária para lidar com as demandas complexas apresentadas pela PSR.

A proposta do CR é levar o serviço de saúde ao espaço da rua. Contudo, frente às necessidades em saúde apresentadas, surgem também outras necessidades de quem vive na rua.

O estudo realizado com eCRs das cidades de Recife e Olinda reforçou a importância do trabalho em rede intersetorial nas práticas de saúde junto à PSR

---

<sup>16</sup> Conjunto de instrumentos de avaliação da APS desenvolvido por Barbara Starfield e colaboradores. Essa avaliação é baseada em diversos itens e tem como objetivo medir a presença e a extensão dos seguintes atributos: acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária (STARFIELD, 2002).

(SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014). Estudo similar em Porto Alegre, porém com outra metodologia, apontou tensão na articulação com a rede intersetorial para o atendimento daqueles que, até então, encontravam-se invisíveis nos cenários do SUS (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Segundo Potvin (2012), a ação intersetorial é definida como o alinhamento da estratégia de intervenção e recursos entre os atores de dois ou mais setores no âmbito da esfera pública, a fim de alcançar objetivos complementares que sejam relevantes e valorizados por todas as partes. Nesse sentido, a autora salienta que a saúde é produzida na vida diária e, portanto, extrapola a atuação exclusiva do setor saúde.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009) tem como uma de suas diretrizes a integração das políticas públicas, com fomento de meios de articulação entre o SUS e o Sistema Único de Assistência Social para a qualificação da oferta de serviços, uma vez que, no cotidiano do trabalho dos profissionais do CR, são incluídas no atendimento à PSR, sempre que ela desejar, possibilidades de saída dessa condição, o que exige sinergia entre esses sistemas.

### 5.3.2 Necessidades da PSR

Este trabalho tomou como referência os conceitos de necessidades na perspectiva da Saúde Coletiva e partiu da tipologia de necessidades apresentada por Agnes Heller (1986).

A integralidade dos discursos dos profissionais das eCRs nessa subclasse evidenciou predominantemente o reconhecimento no campo das necessidades naturais, ou seja, relativas à conservação e perpetuação da vida.

Nesse sentido, o uso abusivo pela PSR de álcool e outras drogas foi relatado por vários profissionais, sendo confirmado nos discursos dos usuários do CR.

A vida nas ruas aumenta o risco de abuso de substâncias. Tal comportamento é comum nessa população, sendo mencionado como atenuante da percepção das rupturas e perdas sofridas, e como meio de estabelecimento de laços com outras PSRs (LOPES, 2014). Gatti (2011) acrescentou ainda o frio, o medo, a fome, o sofrimento causado pelo preconceito e pela discriminação, sugerindo que algumas drogas são mais baratas e mais acessíveis do que alimentos.

Essa realidade foi semelhante à encontrada por Aguiar e Iriart (2012) em estudo com população em situação de rua no município de Salvador. De acordo com os autores, as substâncias psicoativas foram o *crack*, bebidas alcóolicas, maconha e cocaína, sendo as duas primeiras consideradas as mais usuais.

Em pesquisa realizada sobre a população em situação de rua do Distrito Federal, os dados apontaram que 85,8% dos adultos afirmaram usar drogas. Destes, 41,4% faziam uso apenas de drogas lícitas (cigarro e bebidas alcoólicas) e 44,4% consumiam drogas ilícitas, podendo fazer uso de drogas lícitas concomitantemente (GATTI, 2011).

Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada na Irlanda por Keogh et al. (2015). Em estudo investigativo sobre a saúde da PSR, os autores destacaram que 60% (63/105) dos participantes relataram nunca terem usado drogas, enquanto 33% (35/105) relataram terem sido usuários ativos de drogas e 53% tinham problemas com álcool. Em contexto similar, estudos de Baggett et al. (2013) mostraram que a *overdose* de drogas foi responsável por um terço das mortes entre adultos em situação de rua com menos de 45 anos na cidade de Boston (EUA).

A reforma psiquiátrica brasileira, desencadeada a partir da década de 1980, trouxe uma nova visão de tratamento e acompanhamento para as pessoas com transtornos mentais, com a transformação da atenção psiquiátrica manicomial em um modelo de assistência psicossocial (QUINDERE; JORGE, 2010).

Nesse processo criaram-se os CAPS, tendo no CAPS AD II um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, *crack* e outras drogas, que realiza acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, ou seja, os CAPS são uma possibilidade de atenção à saúde com competência de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2013b).

Lucchese et al. (2013), em estudo em CAPS num município do sudeste de Goiás, evidenciaram que os usuários reconheciam no CAPS um espaço de acolhimento e confiança, assim como tinham na família o núcleo estimulador para a (re)estruturação e enfrentamento do fenômeno recaída.

Considerando que a PSR possui laços familiares fragilizados ou ausentes, o profissional do CR busca estratégias possíveis para o enfrentamento dessa situação,

como os cuidados constantes pela eCR, os internamentos nos CAPS, conforme discursos dos profissionais (P 10, P 11 e P 17) e usuários do CR (U 2 e U 4) entrevistados, bem como acompanhamentos e encaminhamentos para outros serviços de reinserção social.

Nesse contexto, o tratamento da dependência ao álcool e outras drogas é o maior desafio, uma vez que essa doença está relacionada ao ingresso e cronificação da situação de rua para muitas pessoas (ROSA; BRÊTAS, 2015).

Discursos dos profissionais do CR enfatizaram o cuidado às gestantes em situação de rua. Nesse acompanhamento, destacaram a necessidade de resgatar vínculos familiares para um possível retorno, assim como o fortalecimento do vínculo mãe-filho e as orientações sobre cuidados e questões de guarda da criança envolvendo o Conselho Tutelar. Em pesquisa censitária realizada com a população em situação de rua em 2011, 6% das mulheres respondentes autorreferiram estarem grávidas (SÃO PAULO, 2011).

Sheaff e Talashek (1995), em estudo com jovens mulheres em situação de rua, apontaram que elas têm o dobro de gravidezes se comparadas às jovens da população geral. Uma das justificativas é que, em situação de rua, essas jovens têm pouco acesso aos serviços de saúde, baixa habilidade cognitiva para resolver seus problemas, além de os vínculos familiares serem limitados.

Considerando as condições de risco agravantes que envolvem a gestante em situação de rua, faz-se necessária a construção de linha de cuidado<sup>17</sup> em rede, na qual o acolhimento e o vínculo com a eCR são fundamentais (MUNARETTI et al., 2012).

As condições crônicas relatadas nos discursos dos profissionais foram descritas como problemas cardíacos, respiratórios, úlceras, além de problemas referentes à saúde bucal.

Dados da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua mostram que, quando questionada sobre seus problemas de saúde, a maioria (62%) afirma não ter nenhum problema de saúde. Entre os que declararam problemas, os

---

<sup>17</sup> A linha de cuidado é uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral ou da integralidade do cuidado, um dos princípios do SUS, que busca articular a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas para a garantia de direitos, proteção e defesa do usuário (BRASIL, 2010a).



mais citados foram: hipertensão, HIV/Aids, problemas de visão e problema psiquiátrico/mental (BRASIL, 2008).

Em pesquisa realizada nos Estados Unidos, as necessidades em saúde da população *homeless*<sup>18</sup> estavam associadas às doenças transmissíveis, contudo as condições crônicas apareceram em evidência. Uma explicação é que algumas dessas doenças crônicas permanecem sem diagnóstico ou sem tratamento pela falta de acesso aos serviços de saúde ou pelo desconhecimento do usuário (HAUFF; TURNER, 2014).

O aumento das doenças crônicas poderia estar associado ao envelhecimento da população *homeless* – as taxas de hipertensão em moradores de rua nos Estados Unidos são maiores do que na população em geral. Existem poucos dados para as taxas de infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral, porém o aumento do risco de morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares foi provavelmente um resultado de altas taxas de fatores comportamentais de risco (uso de drogas ilícitas, uso de tabaco, etc.); mau controle da hipertensão, diabetes, hiperlipidemia (FAZEL et al., 2014).

Similarmente, no município deste estudo, as condições crônicas e os fatores comportamentais de risco foram apontados como desafios para os quais gestores e profissionais buscaram novas metodologias para dar suporte à gestão da clínica e à revisão das abordagens de apoio a mudanças comportamentais. Entre essas abordagens, pode ser mencionada a capacitação de profissionais na condução de grupos de terapia cognitiva/comportamental, além das intervenções coletivas sobre fatores de risco, como grupos de controle de sobrepeso, controle do tabagismo e grupos para prática de atividades físicas (MARTY; CHOMATAS; PENTEADO, 2013).

Mudanças de comportamento relacionadas ao consumo alimentar, sono e repouso na PSR, contudo, tornam-se mais difíceis, seja devido à ausência de abrigo estável, seja pela dificuldade de seleção de dietas, armazenagem e administração dos medicamentos de controle prescritos (CANDIANI, 2012a).

Ainda com relação às condições crônicas na PSR, Candiani (2012a) sugere seguimento por estratificação de risco, projeto terapêutico singular construído junto com o usuário, continuidade do cuidado, tendo a APS/CR como ordenadora da rede de atenção dessa PSR.

---

<sup>18</sup> Optou-se em não traduzir o termo *homeless* devido às diversas definições oficiais existentes nos EUA e na Europa.

De acordo com Mendes (2010), a estratificação de riscos tem a finalidade de classificar os usuários de determinado serviço de acordo com a gravidade da sua condição. Essas categorias devem permitir a definição de uma série de ofertas, que serão programadas de acordo com o nível em que se encontra o usuário. Elas servem para avaliar, organizar e garantir o atendimento a cada usuário, conforme a necessidade.

O projeto terapêutico singular é um conjunto de propostas de condutas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe multidisciplinar, sendo geralmente dedicado a situações mais complexas (LOPES, 2014).

O CR como ordenador da rede de atenção à saúde da população em situação de rua está presente também nas questões relativas às doenças transmissíveis – como DST/HIV/Aids e tuberculose –, amplamente explicitadas nos discursos dos profissionais das eCRs.

A prevalência do HIV na população em situação de risco em instituições de acolhimento em São Paulo foi de 4,9% (17,4% dos quais apresentaram também sorologia positiva para sífilis), e 55,4% tinham acesso a ações de prevenção (GRANGEIRO, 2012). Nos Estados Unidos, os resultados dos estudos sobre doenças transmissíveis na população em situação de rua são bastante heterogêneos. A prevalência relatada para HIV foi de 0,3 a 21,1%, hepatite B de 17 a 30%, hepatite C de 3,9 a 36,2% e tuberculose entre 0,7 e 7,7% (FAZEL et al., 2014).

Segundo o Boletim Epidemiológico do MS, a taxa de prevalência da infecção pelo HIV na população de 15 a 49 anos mantinha-se estável em 0,6%. Com relação aos grupos populacionais com mais de 18 anos em situação de maior vulnerabilidade, estimaram-se taxas de prevalência de HIV de 5,9% entre usuários de drogas, de 10,5% entre homens que fazem sexo com homens e de 4,9% nos grupos e mulheres profissionais do sexo (BRASIL, 2012d).

Ressalta-se que o grupo populacional em situação de rua não está estratificado nesse boletim. Contudo, os *Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde – HIV/Aids, hepatites e outras DSTs* (2006) fazem referência aos grupos historicamente excluídos dos serviços de saúde, como os moradores de rua e sugerem a ampliação do acesso desses grupos aos serviços, respeitando suas especificidades.

No cuidado das eCRs junto a esse grupo, as questões inerentes à vida sexual e o risco de exposição a DSTs/Aids devem estar em pauta nas abordagens dos profissionais, além do diagnóstico e tratamento dessas doenças (LOPES, 2014).

O tratamento da infecção por HIV/Aids é amparado pela Lei n. 9.313/96, que regulamenta o acesso universal de medicamentos antirretrovirais (ARV), tendo como princípio que a resposta adequada à epidemia pode alcançar maior eficácia mediante a estruturação da rede no desempenho das ações de: prevenção; acolhimento e aconselhamento; diagnóstico precoce; facilidade no acesso a serviços de saúde; informações com qualidade; gerenciamento adequado dessas informações (BRASIL, 1996).

No que tange à liberação desses tratamentos, o cadastramento do usuário na US é o primeiro requisito e tem por finalidade: acompanhar o uso dos ARVs dispensados, evitar a duplicidade de cadastros de um mesmo usuário/SUS em várias USs, obter e elaborar dados estatísticos. Com relação ao usuário, é preciso ter indicação para tratamento e documento expedido por Órgão Público com foto do usuário SUS (Carteira de Identidade, Carteira Nacional de Habilitação, Passaporte, Carteira de Trabalho ou Carteira de Registro de Classe Profissional) (BRASIL, 2010b).

Nesse contexto, os profissionais das eCRs se depararam com dificuldades no seguimento da doença e na adesão ao tratamento. Com relação ao tratamento, usuários indocumentados não conseguiam a dispensação dos ARVs devido aos critérios já mencionados: algumas vezes o tratamento era iniciado, havia coleta de exames de CD4 e CD8, porém não era assegurada a continuidade, o que acarretou frustração, evidenciada no discurso do profissional P 11.

Na identificação do perfil, direcionou-se o atendimento às necessidades específicas de cada usuário, como o encaminhamento a setores responsáveis para a regularização da documentação, se ele assim o desejasse. A aceitação e conscientização do usuário são fundamentais para a adesão e efetividade do trabalho.

Ainda no contexto das necessidades naturais e das doenças transmissíveis, a tuberculose na população em situação de rua se mostrou frequente. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b) o risco de adoecimento por tuberculose nas PSRs é 32 vezes maior do que na população em geral.

O fumo, a superlotação em instituições de abrigamento, o mau estado nutricional ou a infecção por HIV predispoem a PSR a infecções como a tuberculose (FAZEL et al., 2014).

Dessa forma, na busca ativa de sintomáticos respiratórios, todos aqueles que apresentam tosse devem realizar exame de baciloscopia, independentemente do tempo informado dessa tosse. Segundo Candiani (2012b), a PSR tem dificuldades de percepção de tempo ou mesmo nem percebe que está apresentando tosse. Muitas vezes desvaloriza esse sintoma por presumir que a tosse é decorrente da dependência química.

A estratégia da OMS adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil – sistema DOTS (*Directly Observed Therapy Short-course*) no tratamento da tuberculose também foi utilizada na PSR, conforme discurso da profissional P 13, bem como internamento hospitalar por vulnerabilidade social.

Nesse contexto surgem desafios, relativos à falta de vagas em hospitais ou ao tempo de espera por uma vaga. Nesse ínterim, para conseguir melhores resultados, eram realizadas ações articuladas intersetorialmente com as Casas de Acolhida, US de referência para a comunidade no DOTS (CANDIANI, 2012b).

Aguiar e Iriart (2012) apontaram que a doença, para a PSR, só era valorizada nos momentos de agudização ou quando era impeditiva de suas atividades corriqueiras, fato também relatado pelos participantes P 13 e P 17.

Contudo, nas questões referentes à aparência física, como as alterações decorrentes da cavidade bucal, não era incomum o usuário do CR buscar o serviço odontológico, embora pudesse negligenciar outros aspectos de sua saúde. Bufoni e Rosa (2013) constataram que mulheres em situação de rua conferiram importância à manutenção da vaidade – apesar das dificuldades impostas pela rua, se organizavam como podiam para manter os antigos padrões de cuidados com sua imagem.

Dialogando com o referencial teórico de Heller (1986), conforme QUADRO 5, as necessidades necessárias foram evidenciadas nos discursos dos usuários do CR por meio da força de vontade referida por alguns (U 2 e U 5) em retornar ao trabalho após período de tratamento para dependência em álcool e drogas realizado no CAPS. Além disso as desavenças familiares foram apontadas como motivadoras do “ficar, viver e se situar na rua” (U 3, U 2, U 5).

Assim como as necessidades naturais, as necessidades necessárias são socialmente determinadas (HELLER, 1986). É por meio da autodeterminação e da reflexão que o sujeito pode escolher os caminhos e fazer a sua história (FERNANDES, 2002).

As necessidades próprias do capitalismo, as necessidades alienadas, tais como dinheiro, poder e posse de objetos, foram evidenciadas neste estudo pela violência nas ruas, referida por uma das entrevistadas (U 3), e pelos pequenos furtos (U 5).

Rosa e Brêtas (2015), em estudo realizado com mulheres em situação de rua em São Paulo, apontaram que uma das formas de violência nas ruas era aquela praticada entre as próprias pessoas que se encontravam na rua e tinha nas dívidas com traficantes, nas disputas por espaço e nos pequenos furtos suas principais motivações.

Foi evidenciada no discurso dos profissionais do CR somente uma categoria dimensional, segundo tipologia de necessidades de Heller (1986). Por outro lado, foi possível a identificação das três categorias nos discursos dos usuários do CR.

O resultado sugere que o olhar do profissional é o olhar biologicizado de cuidado, ainda que o profissional tenha a concepção de que a maneira como se vive na rua determina o estado de saúde da PSR e que a população em situação de rua vê sua necessidade de forma distinta desse profissional.

Aqui há uma contradição: saberes ideológicos, porém necessidades mais biológicas.

#### 5.4 SABERES INSTRUMENTAIS

Com base no referencial de Egry (2010), os saberes instrumentais presentes no processo de trabalho das eCRs foram evidenciados nos discursos dos entrevistados, tendo sido nominados de dispositivos e instrumentos no cuidado à PSR e agenda semanal das eCRs. Essas duas classes serão discutidas no mesmo subcapítulo devido à correlação dos temas.

O trabalho em equipe multidisciplinar foi considerado elemento potencializador do processo de trabalho no CR. De acordo com Chaves e Egry (2013), ele constitui uma potencialidade para a intervenção resolutiva em saúde

quando tem o objetivo de promover a integração entre os profissionais e destes com os usuários.

Para Lopes (2014), o trabalho em equipe no Consultório na Rua refere-se à capacidade dos sujeitos de compartilhar entre si responsabilidades e composição de estratégias coletivas de cuidado e acolhimento, valorizando as diferenças e sabendo lidar com os conflitos presentes nas relações de trabalho.

A presença de uma equipe multidisciplinar como elemento facilitador no cuidado junto à PSR também foi relatada nos estudos de Silva, Frazão e Linhares (2014); Londero, Ceccim e Bilibio (2014) e Hauff e Turner (2014).

Nessa perspectiva, a pesquisa de Silva, Frazão e Linhares (2014) apontou a necessidade de investimento em profissionais especializados, com formação em Saúde Mental e Saúde Coletiva, na composição das equipes que atuam nos CRs.

Para Santos e Andrade (2012), a formação de profissionais de saúde no Brasil acontece num modelo liberal, hegemônico e voltado para a atuação em serviços privados. Dessa forma uma cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Educação foi concebida para favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no SUS.

Nessa proposta encontram-se os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, cuja finalidade é desenvolver as competências dos profissionais de saúde para o trabalho no SUS, tendo a APS como espaço privilegiado (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Ao mesmo tempo, as instituições formadoras vêm sendo estimuladas a desenvolver mudanças no processo de formação e na maneira como se relacionam com a sociedade. As modificações nas novas Diretrizes Curriculares ainda são lentas no que diz respeito à formação de profissionais que transformem o modelo hegemônico (biomédico) em outro, voltado para as mudanças exigidas pelos serviços de saúde e pela sociedade (ASSIS et al., 2010). Também é necessária a implementação de práticas que incidam nos processos de determinação das realidades de saúde indesejadas na nossa sociedade (CHAVES; LAROCCA; PERES, 2011).

Uma das práticas utilizadas no acolhimento das demandas da PSR, que levou em conta as especificidades do trabalho nos Consultórios na Rua, foi a construção do vínculo entre profissionais e usuários, prática considerada necessária e essencial pelos entrevistados. Privilegiar o vínculo nas práticas de saúde foi

referenciado em diversas pesquisas com a população em situação de rua (ROSA; BRÊTAS, 2015; SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014; LOPES, 2014; HAUFF; TURNER, 2014).

A criação do vínculo relaciona-se à prática de cuidados, traduzidos em atitudes de preocupação, interesse e zelo pelo outro (HINO et al., 2011). O conhecimento das particularidades da PSR, seu processo de exclusão, rupturas familiares e afetivas pode fortalecer a relação de compromisso e vínculo com o profissional da eCR, ou seja, o protagonismo do sujeito no processo de produção de saúde.

Esse aspecto aponta convergências com a Política Nacional da Atenção Básica em seus fundamentos e diretrizes no desenvolvimento de relações de vínculo com a PSR adscrita.

O CR possibilita a criação de vínculos entre a população em situação de rua, equipes (do CR, das Unidades de Saúde, das Unidades de Pronto Atendimento), usuários e rede intersetorial envolvida. Neste estudo, isso se traduziu no estabelecimento de relações de vínculo e confiança entre profissionais das eCRs e usuários, o que possibilitou a atenção às suas necessidades e sua inclusão nas Unidades de Saúde.

No entanto, a formação e manutenção do vínculo foram apontadas como difíceis e tênues, sendo um desafio para as eCRs. A complexidade da formação de vínculos está ligada às características de invisibilidade social desse grupo, fazendo com que a PSR seja reticente a essa aproximação, o que lhe confere um caráter tênue e de fragilidade. Diversos aspectos influenciam a relação entre os sujeitos envolvidos no CR, como a experiência, o conhecimento e o acesso aos recursos disponíveis. O vínculo, por si só, produz respostas momentâneas, não a transformação qualitativa na vida das pessoas (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

A formação do vínculo se dá no cotidiano do trabalho, e a estratégia utilizada para tal foi referida pelos profissionais entrevistados como a prática da abordagem, neste estudo considerada como o primeiro contato entre o profissional de saúde e o usuário do CR em seu território de vida.

Segundo Lopes (2014), a abordagem corresponde à visita domiciliar na ESF, sendo igualmente importante no desenvolvimento do trabalho, uma vez que essa prática subsidiará todas as outras.

Uma abordagem preventiva e de cuidado em saúde do CR é capaz de permitir a redução dos danos potenciais do uso de substância psicoativas (BRASIL, 2010c). Nessa prática, a equipe realiza observação e escuta qualificada e desenvolve uma oferta de cuidados e redução de agravos fora dos espaços institucionais.

O registro das práticas em saúde no prontuário eletrônico do município pesquisado inicia-se pelo nome do usuário. Dessa forma as abordagens das equipes não são registradas como atividades realizadas. Na abordagem, saber o nome não é essencial em um primeiro momento. Por isso, atitudes como a do profissional P 01 – “Como é que eu posso te chamar?” – são uma constante.

Conforme discursos dos entrevistados (P 04, P 10 e P 19), há invisibilidade do trabalho de abordagem nos relatórios de produção do município estudado. Nesse sentido foram elencadas diversas dificuldades no que se refere a registros das atividades, entre elas a impossibilidade de inserir ações como a abordagem para uma população anônima.

Para Lopes (2014), o registro está intimamente ligado aos processos de cuidado com o usuário. Por meio dele, o profissional pode ter um histórico dos acessos do usuário ao serviço, que evidencia as necessidades em saúde apresentadas, bem como as ações de cuidado prestadas.

Por se tratar de equipes itinerantes, a não disponibilização de equipamentos eletrônicos portáteis, como *tablets* ou *notebooks*, foi apontada como elemento dificultador do registro daquelas atividades, possíveis de serem inseridas no prontuário, conforme afirmação do entrevistado (P 04), ao lado da precariedade da infraestrutura das USs, nas quais faltam salas e computadores.

Pedrosa, Correa e Mandú (2013), em estudo na APS no município de Cuiabá, evidenciaram a necessidade de adequação da estrutura física e de melhoria na disponibilidade e manutenção de equipamentos e insumos importantes para uma assistência de qualidade à saúde da população. Resultados similares foram encontrados por Oliveira Jr. et al. (2013) em pesquisa sobre as condições de trabalho das equipes de Saúde da Família num município de Pernambuco.

Relacionadas diretamente ao registro das informações do trabalho em saúde estão as práticas de monitoramento e avaliação das ações realizadas pela equipe que subsidiam o planejamento em saúde.



Assim, para o desenvolvimento do trabalho no CR, os entrevistados consideraram imprescindível o planejamento em saúde, que ocorria semanalmente em reuniões de equipe, para a organização de agendas, gestão de casos e ordenamento das atividades na semana.

O planejamento em saúde é utilizado como instrumento de gestão e de construção de políticas com o objetivo de qualificar as práticas, racionalizar a utilização dos recursos e gerar mudanças na organização institucional (TANCREDI, 1998). Nesta pesquisa foi abordada a micropolítica, na qual o planejamento se faz no cotidiano do trabalho da eCR.

É na micropolítica, na prestação do atendimento, que se detecta uma produção política da atenção, a produção política dos seres (CECCIM; MERHY, 2009).

Segundo Matus (1993), o planejamento é o ato de pensar para agir, permitindo elaborar estrategicamente caminhos e alternativas para o enfrentamento de situações problema. Tal prática nas eCRs está associada à organização do processo de trabalho, partindo do diagnóstico do território, das necessidades da PSR, bem como da identificação de problemas no cotidiano das equipes, conforme o discurso de P 08: “a partir da disponibilidade dos carros que a gente tem”.

Para uma semana típica de trabalho, os entrevistados relataram o uso da agenda de atividades semanais, com base no planejamento realizado, disponibilizando horários de abordagem *in loco*<sup>19</sup> em turnos diferenciados (P 11, P 17 e P 10). Os turnos diferenciados *in loco* são estratégias utilizadas para viabilizar o acesso da PSR ao serviço do CR, inclusive no horário noturno. Tal estratégia foi referenciada tanto nos estudos de Rosa e Brêtas (2015) quanto nos de Silva, Frazão e Linhares (2014).

Destaca-se nessa agenda o mapeamento do território com vistas ao conhecimento da PSR e dos espaços onde ela usualmente circula (P 07). Identificar a população em situação de rua e conhecer o território são elementos-chave para a proposição de ações efetivas, que conversem com as demandas reais do local (LOPES, 2014). O objetivo da identificação é conhecer a dinâmica existente, os hábitos e costumes, assim como ofertar de maneira oportuna o cuidado integral à saúde da PSR.

---

<sup>19</sup> Nas calçadas, praças, terminais de ônibus, construções, terrenos e outros.

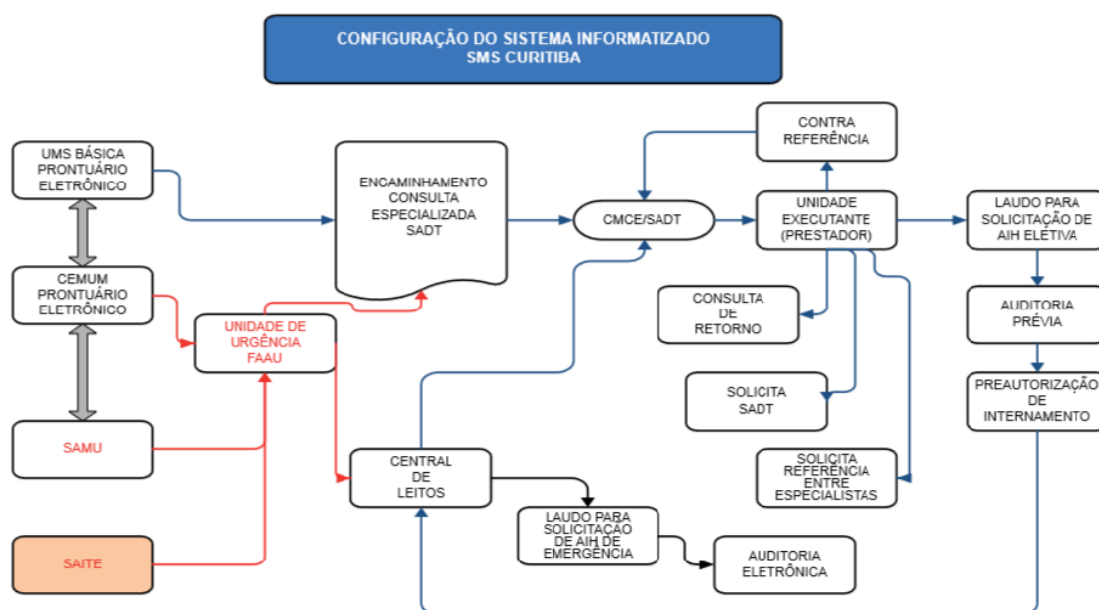
Por fim, as práticas apresentadas pelos profissionais do CR vão ao encontro de Merhy, Malta e Santos (s. d.) quando afirmam que se deve persistir na aposta de buscar um cuidado com vistas aos princípios da universalidade, equidade e qualidade, pois não existe um formato único possível de cuidado.

## 6 PRODUTO DE INTERVENÇÃO – FUNCIONALIDADE NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO PARA REGISTROS DAS ATIVIDADES DAS eCRs

### 6.1 O SISTEMA *e-Saude*

O *e-Saude* foi implantado em 2012 em substituição ao sistema eletrônico conhecido como Cartão Qualidade Saúde. O *e-Saude* é um sistema integrado que, além de ser o próprio Prontuário Eletrônico do Paciente, também é caracterizado como um Sistema de Registro Eletrônico de Saúde. O fluxograma (FIGURA 16) retrata o sistema informatizado da SMS de Curitiba, que viabiliza o registro dos atendimentos aos usuários do SUS nos diversos pontos de atenção ambulatorial e hospitalar.

FIGURA 16 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CONFIGURAÇÃO DO SISTEMA INFORMATIZADO DA SMS CURITIBA. CURITIBA-PR, 2015



FONTE: MELLO (2012).

Esse sistema está em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo MS, utilizando-se do Cadastro do Usuário (Cartão Nacional de Saúde – CNS), do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde e da Tabela Unificada de Procedimentos, considerados a base estrutural do Sistema Único de Saúde, com

vistas ao monitoramento das condições de saúde da população brasileira (NADAS; FAORO; FANCHIN, 2013).

Segundo as autoras, o *e-Saude* está configurado em módulos, agregando informações que permitem aos gestores acompanhar, supervisionar, regular, controlar e auditar os serviços prestados nos estabelecimentos próprios e nos pontos de atenção à saúde que integram a rede SUS/Curitiba (FIGURA 17).

FIGURA 17 – MÓDULOS DO SISTEMA *e-Saude*



FONTE: MELLO (2012).

O registro eletrônico dos atendimentos inicia-se pelo cadastramento no sistema, a partir do domicílio do usuário, sua identificação, condições de moradia e condição socioeconômica.

Esse sistema permite, por meio do módulo *Relatórios*, o monitoramento das condições de saúde da população vinculada a cada US e o desempenho das respectivas equipes. O módulo é composto por um conjunto de relatórios gerenciais estruturados e dinâmicos, que podem ser acessados nas USs, Distritos Sanitários e SMS. Entre eles, destacam-se: relatórios administrativos de produção, acompanhamento dos programas estratégicos e relatórios dos serviços da Epidemiologia e Vigilância Sanitária.

Em 2013, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde iniciou a reestruturação de todo o sistema de

informação da APS, denominado de *e-SUS AB*. É por meio desse sistema que os municípios devem informar ao MS a situação de saúde da população assistida, não mais da forma consolidada, como ocorria até então.

O município de Curitiba, por meio dos registros informados no *e-Saude*, enviará, a partir de 2016, os dados individualizados, o que possibilitará – por meio de aplicativo disponibilizado pelo Departamento de Atenção Primária do MS – o acompanhamento de cada usuário, bem como o acompanhamento das ações desenvolvidas pelos profissionais da APS,.

Com relação ao CR, por se tratar de um dispositivo recente, fez-se necessária a revisão do módulo prontuário eletrônico, para que contemplasse essa nova modalidade de atenção, tornando visível tanto o processo de trabalho desenvolvido nesse espaço quanto a população que nele busca atendimento.

## 6.2 FUNCIONALIDADE CONSULTÓRIO NA RUA

Concomitantemente às entrevistas com profissionais do CR e em conjunto com a coordenadora do Consultório na Rua, constituiu-se um grupo de trabalho<sup>20</sup> para discussão acerca da visibilidade do cuidado prestado à população em situação de rua no município.

Nesse período, a pesquisadora elaborou diário de campo com anotações das dificuldades de registro vivenciadas numa semana típica de trabalho das eCRs.

Tendo constatado que várias atividades realizadas pelos profissionais, individual ou coletivamente, não eram registradas em virtude da ausência de campos no prontuário que possibilitassem tais registros, a pesquisadora e um representante de cada uma das quatro eCRs iniciaram interlocução intrassetorial (Núcleo de Informação e Tecnologia da SMS) para desenvolver campos para essas ações no prontuário eletrônico, os quais, em seu conjunto, foram denominados de *Funcionalidade Consultório na Rua*.

Foram levantados os seguintes aspectos que não estavam contemplados no *e-Saude*:

Em atendimentos realizados individualmente pelo profissional:

---

<sup>20</sup> O grupo de trabalho foi constituído por profissionais de diversas categorias, sendo a equipe representada por pelo menos um membro: enfermeiro, psicólogo, assistente social e auxiliar de enfermagem.

- Cadastramento da PSR e vinculação à eCR
- Informações acerca da situação de rua da PSR
  - tempo de rua
  - motivo de saída para a rua
  - cidade de procedência
  - benefícios
  - alimentação
  - higiene
  - referência familiar
  - instituição acompanhada.
- Antecedentes pessoais/familiares/autorreferidos – inclusão autorreferida da doença sífilis (os demais antecedentes já estavam contemplados no *e-Saúde*)
- Encaminhamentos para outros serviços:
  - Ambulatório especializado – CAPS, CAPS AD, CAPS TM
  - Centro de Especialidade Odontológica
  - Centro POP
  - Comunidade terapêutica
  - CRAS
  - CREAS
  - Hospital
  - NASF
  - US
  - UPA
  - Emergência odontológica
  - Conselho Tutelar
  - Defensoria Pública
  - Instituto de Identificação
  - Outros
    - Necessidade de utilização de transporte para encaminhamento – tipo de transporte: próprio, SAMU, transporte social ou ambulância.
    - Impressão de guias de encaminhamento.
- Desvinculação da PSR da eCR: por abandono ou perda de contato, por óbito, por reinserção social.

Em atividades coletivas realizadas pela eCR:

- Reuniões do CR
- Reunião intequipes do CR
- Reunião com equipe de outros serviços de saúde:
  - Hospital
  - CAPS
  - US
  - Departamentos da SMS

- Outros
- Reunião intersetorial:
  - Fundação de Ação Social
  - Ministério Público
  - Conselho Tutelar
  - Defensoria Pública
  - Movimento social
  - Assessoria de Direitos Humanos
  - Organização não governamental
  - Outros
- Abordagem realizada pela eCR
  - Local: rua, praça, terminal, viaduto, construções, terrenos, outros.
  - Fornecimento de insumos na abordagem: preservativo, escova de dente, pasta de dente, *kit* abstinência, entre outros.
- Atividade em grupo desenvolvida pela eCR com a população em situação de rua.

Para a operacionalização dessas ações no *e-Saude*, optou-se pelo desenvolvimento de dois blocos distintos, sendo um para atividades individuais na modalidade de consulta e outro na modalidade coletiva, conforme visualização nas FIGURAS 18 e 19.

FIGURA 18 – FUNCIONALIDADE CONSULTÓRIO NA RUA CONSULTA – ATIVIDADE INDIVIDUAL.CURTIBA-PR, 2015

The screenshot displays the e-Saude system interface. At the top, there is a search bar labeled 'Selecione um item:' with icons for search, add, and delete. Below this is a large empty box. To the right, there is a table with the following items: Exames de Patologia Clínica, Outros SADT, Encaminhamento para outros Profissionais, Encaminhamento para UPA, Atestado / Declaração, Outros Documentos, Retorno, and Notificação de Doença e Acidente de Trabalho. Below this table is a section titled 'Procedimento Realizado' with columns for 'Código' and 'Descrição'. In the center, there is a table titled 'Registros de Protocolos - Ações Programadas' with a header 'Programa'. The table lists several programs: CONSULTÓRIO NA RUA (highlighted with a red oval), DIABETICO, HANSENIASE, HIPERTENSO, SAUDE INTEGRAL DA MULHER, SAUDE MENTAL, and TUBERCULOSE. Each program has a green status icon. At the bottom, there is a section for 'ANTECEDENTES PESSOAIS / FAMILIARES / AUTO REFERIDAS'. The footer of the interface shows 'Prontuário 9.38.1' and 'Quinta-feira, 3 de De'.

FONTE: e-Saude Curitiba (2015)

FIGURA 19 – FUNCIONALIDADE CONSULTÓRIO NA RUA – ATIVIDADE COLETIVA. CURITIBA-PR, 2015

FONTE: e-Saude Curitiba (2015).

Foi elaborado roteiro com orientações para o registro na *Funcionalidade Consultório na Rua* pelo setor responsável e realizada reunião com todos os profissionais das eCRs, com demonstração do uso desse instrumento.

A *Funcionalidade* foi disponibilizada, bem como o módulo *Relatórios* das atividades registradas. Contudo a *Funcionalidade* ainda está em processo de validação pelos profissionais, com apontamentos para melhorias e/ou inclusão de situações que não estavam contempladas no primeiro escopo.

Estão previstas avaliações mensais desses relatórios, pois, além de serem enviados ao MS, comporão os *Relatórios de Gestão – Monitoramento Quadrimestral* da SMS-Curitiba<sup>21</sup>, disponibilizados *on-line* para toda a comunidade.

Ao ser concebida tendo como estrutura basilar o processo de trabalho em saúde realizado nas eCRs, a funcionalidade implantada significa uma possibilidade

<sup>21</sup> Relatório detalhado atendendo ao determinado na Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, em seu Capítulo IV, Seção III, Art. 36: “O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações: [...] oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação [...]” (BRASIL, 2012e).



de estabelecer uma efetivação da relação entre o saber instrumental que representa e os saberes ideológicos, saberes constitutivos do processo de trabalho em saúde, motivo pelo qual precisam ser conhecidos, explicitados e descritos.

## 7 CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu identificar os saberes ideológicos e instrumentais constituintes dos processos de trabalho dos profissionais que integram as equipes de Consultório na Rua e de seus usuários e, com base nesses saberes, elaborar proposta de funcionalidade no prontuário eletrônico (*e-Saúde*) da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Conforme o referencial adotado, a centralidade dos discursos esteve no processo de trabalho, sustentado pelos saberes ideológicos. A dimensão estrutural da realidade objetiva da população em situação de rua foi perceptível na determinação social do processo de situar-se na rua, tanto que correspondeu à demanda preponderantemente manifestada nos discursos dos entrevistados (profissionais e usuários do CR). Assim, o saber ideológico no processo de trabalho se destacou mais do que a própria organização do CR como cenário de cuidado, embora essa conformação de equipe multiprofissional e de trabalho itinerante seja recente.

Evidenciaram-se nessa dimensão as políticas públicas que norteiam o trabalho no CR, com destaque para a Política Nacional da Atenção Básica, tendo como classes significativas o acesso, a saúde como direito e as necessidades da PSR.

Contraditoriamente ao discurso de que o SUS é universal e tem na APS a porta de entrada para os serviços de saúde, os resultados deste estudo apontaram a existência de dificuldade no acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua. Esses achados são semelhantes aos de pesquisas realizadas no Brasil e em outros países, que também relatam a dificuldade do acesso à saúde por *homeless*.

Merecem destaque aspectos ligados à resistência dos profissionais das USs em atender e acolher a PSR, às barreiras organizacionais, ao não reconhecimento como pessoas de direito e ao preconceito.

A falta de documentos e de endereço fixo foi relatada como barreira organizacional, embora o município tenha uma instrução normativa que autoriza o cadastramento da PSR na US sem necessidade de apresentação de documentação pessoal nem de comprovação de endereço. A legalidade da implementação dessa normativa era viabilizada pela eCR, ou seja, a equipe realizava a inclusão da PSR

na APS, por meio de cuidados diretos a essa população ou de orientações acerca do conteúdo da normativa junto aos profissionais das USs do município estudado.

Nesse sentido, outra importante barreira no cuidado à saúde da PSR foi a não disponibilização de medicamentos antirretrovirais para usuários indocumentados, o que evidencia contradição no sistema público de saúde, que regulamenta o acesso universal desses medicamentos para pessoas diagnosticadas com HIV/Aids.

Vale lembrar que, na APS, é por meio das eCRs que o cuidado à PSR diagnosticada com HIV/Aids é realizado, porém não há continuidade do tratamento, no que se refere ao tratamento antirretroviral. Nessa e em diversas outras situações que emergiram dos discursos dos profissionais, o cuidado compartilhado construído a partir da articulação intersetorial foi uma constante, e tal articulação foi referida como condição necessária para o enfrentamento das demandas complexas apresentadas pela população em situação de rua.

Quanto às necessidades da PSR, segundo a tipologia de Heller (1986), a integralidade dos discursos dos profissionais das eCRs evidenciou o reconhecimento no campo das necessidades naturais, ou seja, relativas à conservação e à perpetuação da vida.

Considerando que as práticas de saúde estão voltadas para o atendimento das doenças sob um olhar biologicizado de cuidado, infere-se que esse resultado já era esperado, embora os profissionais tenham consciência de que a maneira como se vive na rua determina o estado de saúde da PSR.

Nos discursos dos usuários dos CRs, foi possível a identificação das três categorias, a saber: as necessidades naturais, as necessidades necessárias e as necessidades alienadas. A PSR relatou necessidades distintas das referidas pelos profissionais.

Ao descortinar essas contradições no cotidiano do trabalho, apontam-se limites a serem superados no âmbito do processo de trabalho da eCR. Para que se consiga avançar na direção da integralidade do cuidado, cabe à gestão municipal e aos trabalhadores a responsabilidade de reorientação do modelo assistencial a partir da efetivação dos princípios orientadores da APS.

Com relação aos saberes instrumentais presentes no processo de trabalho das eCRs, foram evidenciados nessa classe os dispositivos e instrumentos no cuidado à PSR. Segundo o referencial utilizado, as ferramentas que se interpuseram

entre o objeto (pessoa em situação de rua) e o agente (profissional de saúde da eCR) foram: o trabalho em equipe, o vínculo, os registros em saúde, o planejamento em saúde, a agenda semanal de atividades e a funcionalidade no prontuário eletrônico.

O trabalho em equipe multiprofissional foi considerado uma potencialidade para a intervenção resolutiva em saúde, possibilitando a promoção da integração entre os profissionais e destes com os usuários; tanto no compartilhamento de responsabilidades quanto na composição de estratégias coletivas de cuidado e acolhimento.

Embora no município onde foi realizada esta pesquisa o agente social não integre a eCR, a presença desse profissional, com sua visão de mundo e seu corpo de conhecimentos advindos da experiência prévia em atenção à PSR e/ou trajetória de vida em situação de rua, potencializaria o trabalho na rua.

A construção e manutenção do vínculo entre profissionais e usuários foi considerada necessária e essencial no trabalho do CR. Por meio do vínculo, almeja-se a inclusão dessa população em situação de rua na principal porta de entrada do sistema, ou seja, nas Unidades de Saúde.

Quanto ao planejamento, ainda que presente no cotidiano do trabalho das equipes, as práticas de monitoramento e avaliação das ações são comprometidas pela falta de instrumentos que vinculem o registro de todos os eventos técnicos e administrativos ocorridos na atenção à PSR e que sumariem dados, para facilitar a elaboração dos planos de cuidado/projeto terapêutico singular, com emissão de relatórios de gestão de acordo com as necessidades dos diferentes atores envolvidos.

Ademais, o piloto desse instrumento encontra-se disponível no formato de uma funcionalidade do CR no prontuário eletrônico da Secretaria Municipal da Saúde do município estudado. Por se tratar de usuários com diferentes características, a *performance* dessa funcionalidade está em fase de validação pelas equipes do CR.

Por fim, o relato de uma semana típica de trabalho no CR foi coerente nos discursos de todos os profissionais. Uma dinâmica de trabalho com base na captação, na interpretação da realidade objetiva, na elaboração de um projeto de intervenção nessa realidade e, por fim, na respectiva reinterpretação (EGRY, 1996) possivelmente alcançaria maior efetividade da prática em saúde, viabilizando a

inclusão desse segmento populacional nas políticas públicas de saúde e afins, e contribuindo para a visibilidade dessa população, submersa num contexto de desigualdade social.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 115-124, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 nov. 2014.

ALLEGRETTI, A. V.; MOYSÉS, S. J. A Experiência da área de saúde bucal. In: MOYSÉS, S. T., SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. (Orgs.). **A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba**: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na Atenção Primária em Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: 2013. p. 93-101.

ASSIS, M. M. A, et al. (Orgs.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**: olhares analísadores em diferentes cenários [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. ISBN 978-85-2320669-7. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/xjcw9/pdf/assis-9788523208776.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2015.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 06 ago. 2014.

ABS. Australian Bureau of Statistics. **Census of population and housing: estimating homelessness a Australia**, 2011. Disponível em: <[http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/EB59F237159F7102CA257AB100170B61/\\$File/20490\\_2011.pdf](http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/EB59F237159F7102CA257AB100170B61/$File/20490_2011.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2015.

BAGGETT, T. P. et al. Mortality among homeless adults in Boston: shifts in causes of death over a 15-year period. **JAMA Intern Med.**, Chicago, v. 173, n. 3, Feb. 2013. Disponível em: <<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1556797>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

BORYSOW, I. da C.; FURTADO, J. P. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1069-1076, Dec. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000601069&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601069&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 nov. 1996. Disponível em:

<<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/109536/lei-9313-96#art-1>>. Acesso em: 06 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Cadernos de Atenção Básica, n. 18 Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua, abril 2008**. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario\\_executivo\\_pop\\_rua.pdf](http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2014

\_\_\_\_\_. Governo Federal. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 dez. 2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato\\_2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato_2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm)>. Acesso em: 01 mar. 2014

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. **Material de trabalho para II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS**. EPJN FIOCRUZ: Brasília, 48p, setembro, 2010c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 Jan. 2012b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)> Acesso em: 01 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

\_\_\_\_\_. **Boletim epidemiológico, HIV/AIDS**. Ministério da Saúde. Ano I, n 1. Brasília, 2012d. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim\\_epidem\\_hivaid\\_2012.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidem_hivaid_2012.pdf)>. Acesso em: 25 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 Jan. 2012e. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412\\_10\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html)>. Acesso em: 20 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 Jul. 2013a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412\\_10\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html)>. Acesso em: 20 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 1029 de 20 de maio de 2014a. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 de maio. 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=55&data=21/05/2014>>. Acesso em: 05 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Tuberculose. Populações mais vulneráveis**, 2014b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/743-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/tuberculose/l2-tuberculose/11941-viajantes-tuberculose>>. Acesso em: 07 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cnes net. **Consulta equipes**. Competência 08/2015. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Equipes.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp)>. Acesso em: 02 out. 2015.

BRÊTAS, A. C. P.; ROSA, A. da S.; ROSA, A. da S. Pobre, velho e na rua: um trinômio que exige cuidado. In: ROSA, A. A.; BRÊTAS, A. C. P. (Org.). **Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2013.

BRÊTAS, A. C. P.; ROSA, A. da S. O sentido de vida para pessoas em situação de rua. In: ROSA, A. A.; BRÊTAS, A. C. P. (Org.). **Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2013.



BUFONI, T. B.; ROSA, A. da S. Mulheres em situação de rua. In: ROSA, A. A.; BRÊTAS, A. C. P. (Org.). **Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2013.

BUSCH-GEERTSEMA, V.; EDGAR, W.; O'SULLIVAN, E.; PLEACE, N. **Homelessness and homeless policies in Europe: lessons from research**. European consensus conference on homelessness. FEANTSA, Brussels; 2010. Disponível em: <<http://feantsa.org/spip.php?article327&lang=en>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P; Camargo, B. V; JESUINO, J. C.; NOBREGA, S. MAIA da. (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2005. p. 511-539. Disponível em: <[http://www.laccos.com.br/pdf/Camargo2005\\_alc.pdf](http://www.laccos.com.br/pdf/Camargo2005_alc.pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2014.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, dez. 2013a. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 01 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013b. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>. Acesso em: 01 jun. 2014.

CANDIANI, C. Doenças crônicas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

CANDIANI, C. Tuberculose. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

CASSONE, A. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. **Pathogens and Global Health**, Londres (RU), v. 106, n. 7, p. 377, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4001617/>>. Acesso em: 25 mai. 2015.

CASTRO, R., C. L. de et al. Avaliação da qualidade da Atenção Primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000900015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 set. 2014.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 531-542, 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 maio 2015.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 2009.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N.F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO R; FERLA, A. F.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS: IMS/UERJ: CEPESC, 2006. p. 37-50.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 09 de ago. 2002. Disponível em:

<[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm)>. Acesso em: 23 fev. 2015.

CHAVES, M. M. N.; EGRY, E. Y. Competência avaliativa do enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 4, p. 729-735, out./dez. 2013.

CHAVES, M. M. N.; LAROCCA, L. M.; PERES, A. M. Enfermagem em saúde coletiva: a construção do conhecimento crítico sobre a realidade de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1701-1704, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40891>>. Acesso em: 05 out. 2014.

CHAVES, M. M. N.; MEDEIROS, A. R. P. de; LAROCCA, L. M.; PERES, A. M. Saberes instrumentais e ideológicos no processo de trabalho de enfermeiros na vigilância epidemiológica hospitalar. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 1091-1096, 2015. Disponível em:

<[http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/28141/pdf\\_355](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/28141/pdf_355)>. Acesso em: 10 ago. 2015.

CHARTIER, J. F.; MEUNIER, J. G. Text mining methods for Social Representation analysis in large corpora. **Papers on Social Representations**, Paris (FR), v. 20, n. 37, p. 1-47, 2011. Disponível em: <<http://www.psych.lse.ac.uk/psr/>>. Acesso em: 09 jun. 2014.

CHOMATAS, E. et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da Atenção Primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 8, n. 29, p. 294-303, out. 2013. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<http://www.rbmfcc.org.br/rbmfc/article/view/828>>. Acesso em: 26 set. 2014.

CONILL, E. M., FAUSTO, M. C. R. **Análisis de la problemática de la integración APS em el contexto actual**: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en La cohesión social. Proyecto EUROsocial Salud, Intercambio "Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria com otros Niveles de Atención" [documento técnico]. Rio de Janeiro: IRD; 2007. Disponível em: <<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/arq6952.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2014.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Informativo 02/2013/SMS**. Divulga procedimento de inscrição para intenção de remanejamento interno específico para composição de equipes multiprofissionais de Consultório na Rua, da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Curitiba, 07/03/2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Instrução Normativa 02/2014. Dispõe sobre o cadastramento dos usuários do SUS Curitiba no sistema informatizado e prontuário eletrônico. **Diário Oficial Eletrônico [do] Município** nº 128, Curitiba, PR, 09 jul. 2014a. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Instru%C3%A7%C3%A3o%20Administrativa%202%20republicada.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde. **Distribuição das unidades de saúde de Curitiba por tipo em 2014**. Documento interno. Curitiba, 2014b.

\_\_\_\_\_. Prefeitura de Curitiba. **Enviado para a Câmara projeto que cria no Tatuquara a 10ª Administração Regional**. Curitiba, 2015a. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/enviado-para-a-camara-projeto-que-cria-no-tatuquara-a-10-administracao-regional/37443>>. Acesso em: 01 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde. **Áreas de abrangência das equipes** Consultório na Rua. Documento interno. Curitiba, 2015b.

\_\_\_\_\_. Fundação de Ação Social. **Pessoas em situação de rua – Serviços de Média Complexidade**. Curitiba, 2015c. Disponível em: <<http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?id=53>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

EGRY, E. Y. **Saúde coletiva**: construindo um novo método em Enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

\_\_\_\_\_. Metodologias para captação da realidade objetiva. In: EGRY, E. Y. (Org.). **As necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica**: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone, 2008.

\_\_\_\_\_. Necessidades em Saúde como Objeto da TIPESEC. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. et al. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

EGRY, E. Y.; OLIVEIRA, M. A. C. Marcos teóricos e conceituais de necessidades. In: EGRY, E. Y. (Org.). **As necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica**: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone, 2008.

EGRY, E. Y.; OLIVEIRA, M. A. C.; FONSECA, R. M. G. S. Considerações a respeito da Saúde Coletiva. In: EGRY, E. Y. (Org.). **As necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica**: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone, 2008.

EGRY, E. Y. et al. Reviewing health needs assessment approaches in the Family Health strategy. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. 2009, vol. 43, n. spe2, p. 1181-1186. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000600006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 ago. 2015.

EGRY, E. Y.; FONSECA, M. G. S. da. Acerca da qualidade nas pesquisas qualitativas em Enfermagem. In: SOUZA, F. N.; SOUZA, D. N.; COSTA, A. P. (Org.). **Investigação qualitativa**: inovação, dilemas e desafios. Aracaju: EDUNIT, 2015. p. 75-102.

FAZEL, S. et al. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. **The Lancet**, Londres (RU), v. 384, n. 9953, p. 1529-1540, 2014. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61132-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61132-6/fulltext)>. Acesso em: 25 maio 2015.

FERNANDES, I. A dialética dos grupos e das relações cotidianas. In: GUIMARÃES, G. T. D. et al. (Org.). **Aspectos da teoria do cotidiano**: Agnes Heller em perspectiva. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. p. 37-60.

FERREIRA, F. P. M. **População em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos**: o caso de Belo Horizonte 1998-2005. Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <[http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario\\_diamantina/2006/D06A096.pdf](http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A096.pdf)>. Acesso em: 25 maio 2015.

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. El trabajo em salud y el processo de producción: um tema para enfermería. In: EGRY, E. Y.; HINO, P. (Org.). **Las necesidades en salud em la perspectiva de la Atención Básica**: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone, 2009. p. 15-20.

GATTI, B. P.; PEREIRA, C. P. (Orgs.). **Projeto Renovando a Cidadania**: pesquisa sobre a população em situação de rua do Distrito Federal. Brasília: Gráfica Executiva, 2011. Disponível em: <[http://www.neppos.unb.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=81&Itemid=68](http://www.neppos.unb.br/index.php?option=com_content&view=article&id=81&Itemid=68)>. Acesso em: 26 maio 2015.

GRANGEIRO, A. et al. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 674-684, 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 fev. 2015.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S. da; EGRY, E. Y. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 304-311, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 set. 2014.

HAGGERTY, J. L. et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity and coordination of primary health care. **Ann Fam Med**. Leewood (EUA), v. 6, n. 2, p. 116-123, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2267415/>>. Acesso em: 27 fev. 2015.

HAUFF, A. J., TURNER, M. S. Homeless health needs: shelter and health service provider perspective. **Journal of Community Health Nursing**, Hillsdale (EUA), v. 31, n. 2, p. 103-117, 2014. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07370016.2014.901072>>. Acesso em: 27 fev. 2015.

HELLER, A. **Teoría de las necesidades en Marx**. 2. ed. Barcelona: Península; 1986. Disponível em: <[http://minhateca.com.br/pcfernandes1951/Letra+A/Agnes+Heller\\_Teoria+de+las+necesidades+de+Marx,28038622.pdf](http://minhateca.com.br/pcfernandes1951/Letra+A/Agnes+Heller_Teoria+de+las+necesidades+de+Marx,28038622.pdf)>. Acesso em: 03 mar. 2014.

HINO, P. et al. As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1656-1660, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000800003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 set. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: síntese de indicadores 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=245767>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2015**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2015/estimativa\\_dou\\_2015\\_20150915.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_dou_2015_20150915.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2015.

IPPUC. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. **Pobreza**: análise Censo 2010. Curitiba, 2010. Disponível em: <<http://www.ippuc.org.br/default.php>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. **Curitiba em dados**. Curitiba, 2014. Disponível em:

<[http://curitibaemdados.ippuc.org.br/Curitiba\\_em\\_dados\\_Pesquisa.htm](http://curitibaemdados.ippuc.org.br/Curitiba_em_dados_Pesquisa.htm)>. Acesso em: 20 jun. 2014.

IRELAND. **Census 2011**: Population: Releases and Publications. Disponível em: <<http://www.cso.ie/en/media/csoie/census/documents/homelesspersonsinireland/Homelesspersons,in,Ireland,A,special,Census,report.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

KEOGH, C., O'BRIEN, K. K., HOBAN, A., O'CARROLL, A.; FAHEY, T. Health and use of health services of people who are homeless and at risk of homelessness who receive free primary health care in Dublin. **BMC Health Services Research**. Londres (RU), v. 15, n. 58, 2015. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/15/58>>. Acesso em: 07 jul. 2015.

LAHLOU, S. Text mining methods: an answer to Chartier and Meunier. **Papers en Social Representations**. Londres (RU), v. 20, p. 38.1-39.7, 2012. Disponível em: <[http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2011/20\\_39.pdf](http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2011/20_39.pdf)>. Acesso em: 23 out. 2014.

LANCETTI, A. **A clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

LEAO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4415-4423, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 ago. 2015.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 251-260, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000200251&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200251&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 ago. 2015.

LOPES, L. E. (Org.). **Caderno de atividades**: curso atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de Consultórios na Rua. Rio de Janeiro: EAD/ESP, 2014.

LUCHESE, R. et al. A busca por ajuda de usuários de álcool e outras drogas em um centro de atenção psicossocial. **Indagatio Didactica**, Aveiro (PT), v. 5, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://revistas.ua.pt/index.php/ID/article/view/2502/2388>>. Acesso em: 26 ago. 2015.

MACERATA, I. M. “...**como bruxos maneando ferozes**”: relações de cuidado e de controle no fio da navalha. Experiência “psi” em dispositivo da política de assistência social para crianças e a adolescentes em situação de rua. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/dissertacoes/2010/laca.pdf>> Acesso em: 10 maio 2014.

\_\_\_\_\_. Experiência POP RUA: Implementação do “Saúde em Movimento nas Ruas” no Rio de Janeiro, um Dispositivo Clínico/Político na Rede de Saúde do Rio de

Janeiro. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 207-219, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/46178/28740>>. Acesso em: 15 maio 2014.

MAESENEER, de J.; WILLEMS, S.; SUTTER, A.; VAN DE GEUCHTE, I.; BILLINGS, M. A atenção primária à saúde como estratégia para alcançar a equidade de assistência à saúde: uma revisão da literatura, iniciativa da rede de conhecimento em sistemas de saúde. **Rev. Brasileira Saúde da Família**, Brasília, n. 19, p. 46-72, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/revista\\_brasileira\\_saude\\_familia\\_n19.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/revista_brasileira_saude_familia_n19.pdf)>. Acesso em 23 maio 2015.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780-788, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a26.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

MARQUI, A. B. T. de et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 ago. 2015.

MARTY, I. K.; CHOMATAS, E.; PENTEADO, A. P. Do Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS) ao Modelo de Atenção às Condições Crônicas e Agudas nas Redes de Atenção à Saúde. In: Moysés, S. T. et al. (Org.). **A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2013. p. 47-51.

MASSUDA, A.; POLI NETO, P.; DREHMER, V. L. F. G. A Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS Curitiba: um desafio para o Brasil, passar de uma APS Programática para uma mais acessível e abrangente. In: SOUZA, F. M. (Org.). **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014. p. 127-177.

MATUS, C. R. **Política, planejamento & governo**, Volume 2. Brasília: IPEA, 1993.

MELO-FILHO, D. A. Repensando os desafios de Ulisses e Fausto: a saúde, o indivíduo e a história. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 1995. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1995000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 ago. 2015.

MELLO, R. V. A experiência do prontuário eletrônico da SMS de Curitiba. In: **II Seminário sobre o manejo das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde**, 2012, Curitiba. Disponível em:

<<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/08/L-Exp-10-Prontuario-eletronico-Curitiba.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

MENDES, E. V. **Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 ago. 2014.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR; 1992.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R., (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. dos. **Desafios para os gestores do sus, hoje**: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. Artigos indexados. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do prontuário de saúde da família**. Belo Horizonte: SES/MG, 2007. Disponível em: <[http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/oficina\\_8/prontuario\\_saude\\_familia.pdf](http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/oficina_8/prontuario_saude_familia.pdf)>. Acesso em: 04 ago. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, p. 262-267, 2010.

MORAES, P. A. de; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 abr. 2014.

MUNARETTI, I.; ZANELLA, S. B.; BOLLA, A. M.; SCHERER, C. I.; LEAL, M. H. Gravidez de alto risco. In: BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 64-68.

NADAS, B. B.; FAORO, N. T.; FANCHIN, R. T. Sistemas de Informação da Clínica. In: MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba**: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na Atenção Primária em Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde /Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2013. p. 257-258.



NAKAMURA, E. et al. The potential of an instrument to identify social vulnerabilities and health needs: collective health knowledge and practices. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, Apr. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000200018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 out. 2014.

NASCIMENTO, D. D. G. do; OLIVEIRA, M. A. de C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 jul. 2015.

NASCIMENTO, A. R. A., MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: Uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 72-88, 2006. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2014.

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M., CAMARGO, B. V. Psicologia Social, Representações Sociais e Métodos. **Temas em Psicologia da SBP**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 287-299, 2000. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v8n3/v8n3a07.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

NHCHC. **National health care for the homeless council**. Disponível em: <<https://www.nhchc.org/faq/official-definition-homelessness/>>. Acesso em: 13 jul. 2015.

NERY FILHO, A.; VALERIO, A. R. L.; MONTEIRO, L. F. **Guia do projeto Consultório de rua**. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011.

NUNES, E. de F. P. de A. et al. The workforce in Primary Health Care in Small Sized Counties in Paraná State. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 30-42, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000100030&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100030&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 jul. 2015.

OLIVEIRA JUNIOR, R. G. et al. N. Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE: percepção dos profissionais de saúde. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 433-438, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/condicoes\\_trabalho\\_equipes\\_saude\\_familia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/condicoes_trabalho_equipes_saude_familia.pdf)>. Acesso em: 05 maio 2015.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf)>. Acesso em: 05 out. 2014.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902006000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jun. 2015.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, Londres (RU), v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60054-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60054-8.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2015.

PATRICIO, C. M. et al. The electronic patient record in the Brazilian health system: is it a reality for the physicians? **Scientia Medica**, Rio Grande do Sul, v. 21, n. 3, p. 121-131, 2011. Disponível em: <<https://doaj.org/article/bad719dbc4a14161aedc4fd8a6b36815>>. Acesso em: 06 maio 2015.

PATTERSON, M. L.; SOMERS, J. M.; MONIRUZZAMAN, A. Prolonged and persistent homelessness: multivariable analyses in a cohort experiencing current homelessness and mental illness in Vancouver, British Columbia. **Ment Health Subst Use**, Londres (RU), v. 5, n. 2, p. 85-101, 2012. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17523281.2011.618143>>. Acesso em: 26 jun. 2015.

PEDROSA, I. C. F.; CORRÊA, A. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 10, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13288>>. Acesso em: 05 maio 2015.

PERES, H. H. C. et al. Assessment of an electronic system for clinical nursing documentation. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, vol. 25, n. 4, p. 543-548, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jul. 2015.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD); INSTITUTO PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Ipea); FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (FJP). Curitiba, PR. **Demografia e saúde**. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013>> Acesso em: 20 maio 2015.

POTVIN, L. Intersectoral action for health: more research is needed! **Int J Public Health**, Basel (SW); v. 57, n. 1, p. 5-6, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22234344#>>. Acesso em: 05 maio 2015. DOI 10.1007/s00038-011-0330-0.

PRIMÁRIO. In: FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

QUINDERE, P. H. D.; JORGE, M. S. B. (Des)construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 569-583, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 maio 2015.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. **Manual de investigação em ciências sociais**. Tradução de Marques, J. M.; Mendes, M. A.; Carvalho, M. 4. ed. Lisboa: Gradiva, 2005.

RAOULT, D. Infection in homeless people. **The Lancet Infectious Diseases**, Nova York (EUA), v. 12, n. 11, p. 822 – 823, 2012. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(12\)70186-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(12)70186-X/fulltext)>. Acesso em: 25 jul. 2015.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y.; CIOSAK, S. I. Interações Sensíveis à Atenção Primária: uso de ferramenta decodificadora para estudo das percepções dos profissionais da saúde, São Paulo, Brasil. **Indagatio Didactica**, Aveiro (PT), v. 5, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://revistas.ua.pt/index.php/ID/article/view/2448/2319>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

ROSA, A. da S.; BRÊTAS, A. C. P. A. violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 275-285, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000200275&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200275&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 ago. 2015.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. de. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2876-2878, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 abr. 2015.

SANTOS, M. **O espaço da cidadania e outras reflexões**. Porto Alegre: Fundação Ulysses Guimarães, 2011. (Coleção O Pensamento Político Brasileiro; v. 3).

SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. **Coordenação de Políticas para a População em Situação de Rua**. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos\\_humanos/poprua/programas\\_e\\_projetos/index.php?p=171923](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/poprua/programas_e_projetos/index.php?p=171923)>. Acesso em: 26 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. **Censo da população em situação de Rua na municipalidade de São Paulo (2011)**: Principais Resultados. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia\\_social/arquivos/Cops/Monitoramento/censo2011.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/arquivos/Cops/Monitoramento/censo2011.pdf)>. Acesso em: 26 jul. 2015.

SCHRAIBER, L. B. Healthcare needs, public policies and gender: The perspective of professional practices. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2635-2644, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/en\\_13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/en_13.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2014.

SHEAFF, L.; TALASHEK, M. Ever-pregnant and never-pregnant teens in a temporary housing shelter. **J Community Health Nurs**. Michigan (EUA), v. 12, n. 1, p. 33-45, 1995. Disponível em: <[http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1207/s15327655jchn1201\\_4](http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1207/s15327655jchn1201_4)>. Acesso em: 26 jul. 2015.

SILVA, J. P. V. da; BATISTELLA, C.; GOMES, M. de L. Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em:

<<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=24>>.

Acesso em: 10 dez. 2014.

SILVA, F. Cresce violência contra morador de rua. Curitiba: **Jornal Gazeta do Povo**, 24 fev. 2013. Entrevista concedida a Raphael Marchiori.

SILVA NETO, M. A.; VILLWOCK, R.; SCHEER, S.; STEINER, M. T. A.; DYMINSKI, A. S. Técnicas de Mineração Visual de Dados Aplicadas aos Dados de Instrumentação da Barragem de Itaipu. **Gestão & Produção** (UFSCAR. Impresso), v. 17, p. 653-858, 2010.

SILVA, M. L. L. da. **Trabalho e população em situações de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVA, F. P. da; FRAZAO, I. da S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 805-814, 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400805&lng=en&nrm=iso)

311X2014000400805&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2015.

SILVA, S. A. da et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 122-128, 2014.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000700122&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700122&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jul. 2015.

SILVEIRA FILHO, A. D.; MARTY, I. K.; FAORO, N. T. Contextualização do SUS-Curitiba. In: MOYSÉS, S. T., SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na Atenção Primária em Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: 2013. p. 17-27.

SOUZA, D. Especificidades do atendimento à população em situação de rua. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 51-54.

SOUZA, R. R. de. Prefácio. In: EGRY, E. Y., (Org.). **As necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica**: Guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone, 2008.

SOUZA, T. P.; MACERATA, I.A. Clínica nos consultórios na rua: territórios, coletivos e transversalidades. **Ayvu: Rev. Psicol.**, v. 01, n. 02, p. 03-23, 2015. Disponível em: <<http://www.ayvu.uff.br/index.php/AYVU/article/view/25>>. Acesso em: 26 ago. 2015.

SOTERO, M. Vulnerabilidade e vulneração: população de rua uma questão de ética. **Rev. Bioét. Brasília**, vol. 19, n. 3, p. 799-817, 2011. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/677/709](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/677/709)>. Acesso em: 04 maio 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TANCREDI, F. B. et al. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e cidadania, v. 2). Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000003110>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

THOMPSON, R. G. JR; WALL, M. M.; GREENSTEIN, E.; GRANT, B. F., HASIN, D. S. Substance-use disorders and poverty as prospective predictors of first-time homelessness in the United States. **Am J Public Health**. Washington (EUA), v. 103 (suppl 2), p. 282–88, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3865876/>>. Acesso em: 08 out. 2014.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**, Oxford (RU), v. 19, n. 6, p. 349-57, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17872937>>. Acesso em: 02 dez. 2014.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 nov. 2014.

U.S.A. The U. S. Department of Housing and Urban Development. **The 2013 Annual Homeless Assessment Report (AHAR)**. Disponível em: <<https://www.hudexchange.info/resources/documents/ahar-2013-part1.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

VIEIRA, S. **Bioestatística**. Tópicos avançados. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

ZANETTI, T. G., VAN DER SAND, I. C. P., GIRARDON-PERLINI, N. M. O., KOPF, Á. W., ABREU, P. B. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Ciênc Cuid Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 448-455, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/7664>>. Acesso em: 05 jun. 2010.

ZURITA, R. C. M; MELO, W. A.; SANTANA, R. G.; MARCON, S. S.; UCHIMURA, T. T. Análise de correspondência para avaliação dos registros das informações dos recém nascidos de risco. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 4, p. 623-32, 2010. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000400003&script=sci_arttext)>.  
Acesso em: 05 jun. 2014.

## APÊNDICE 1

### TCLE PARA O PROFISSIONAL DO CR

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAL

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “As necessidades em saúde da população atendida por Consultórios na Rua no município de Curitiba: subsídios para organização de um prontuário eletrônico” parte de dissertação de Mestrado Profissional desenvolvida junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPR. As Pesquisas promovem avanços importantes para a área de Enfermagem e sua participação é fundamental.

Os objetivos desta pesquisa são: Reconhecer a realidade do trabalho das equipes do Consultório na Rua; Elaborar proposta de organização de um prontuário eletrônico, com base nas necessidades em saúde da população atendida.

Caso você concorde em participar, será realizada uma entrevista áudio gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato, no seu local de trabalho ou outro de sua escolha, em dia e horário que melhor lhe convier, com duração média de 30 minutos, durante a qual lhe serão feitas algumas perguntas referentes ao seu processo de trabalho no Consultório na Rua; sua autorização será mediante a assinatura deste termo. Ao final dela, você poderá conferir as anotações realizadas no instrumento de coleta de dados e atestar a veracidade dos registros feitos. Tão logo a pesquisa termine sua entrevista, as fitas gravadas e o instrumento de coleta de dados serão destruídos.

Os riscos que poderão ocorrer são relativos ao desconforto durante a entrevista, que será imediatamente suspensa caso este fato seja observado. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar, retirar seu consentimento a qualquer momento.

Os benefícios serão a organização de um prontuário que dê visibilidade tanto nas ações realizadas pelos profissionais que integram a equipe de Consultório na Rua como a seus usuários, possibilitando a reestruturação das atividades destas equipes com vistas à melhora na qualidade de atendimento para este segmento. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

A pesquisadora Maria Terumi Maruyama Kami, enfermeira, poderá ser contatada pelo e-mail [mterumikami@gmail.com](mailto:mterumikami@gmail.com), telefone (41) 3350-9499, no período das 8h às 17h ou na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (Rua Francisco Torres, 830 – 7º andar) podendo esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa.

**Rubricas:**

Participante da pesquisa \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_ Orientador \_\_\_\_\_

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240  
Tel (41)3360-7259 - e-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Setor de Ciências da  
Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB nº 742 583  
na data de 07/08/2014

A sua participação é voluntária e por ela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo e seu anonimato será preservado.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa (deslocamento, reprodução de material, fitas, etc.) não são da sua responsabilidade.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar, seu nome será substituído por um número.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e finalidades deste estudo. Entendi que o estudo não representará custos para mim e que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão me afete diretamente.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240  
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Setor de Ciências da  
Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB.nº 742.589  
na data de 07/08/2014



## APÊNDICE 2

### TCLE PARA USUÁRIO DO CR

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “As necessidades em saúde da população atendida por Consultórios na Rua no município de Curitiba: subsídios para organização de um prontuário eletrônico” parte de dissertação de Mestrado Profissional desenvolvida junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPR. As Pesquisas promovem avanços importantes para a área de Enfermagem e sua participação é fundamental.

O Consultório na Rua em Curitiba é uma nova forma de cuidar de pessoas em situação de rua, assim esta pesquisa tem como objetivo reconhecer a realidade do trabalho das equipes do Consultório na Rua e as necessidades de saúde das pessoas que procuram por este serviço. Este conhecimento poderá nos ajudar a elaborar uma proposta de organização dos registros destes atendimentos no computador.

Caso você concorde em participar, será realizada uma entrevista gravada, no carro do Consultório da Rua ou outro local de sua escolha, com duração média de 30 minutos, durante a qual lhe serão feitas algumas perguntas sobre a utilização do Consultório na Rua.

A sua participação neste estudo é voluntária e por ela você não receberá qualquer valor em dinheiro. É sua escolha participar ou não. Se você escolher não participar todos os serviços que você receber desta equipe continuarão e nada mudará.

Você pode mudar sua ideia mais tarde e deixar de participar até mesmo se você concordou no início.

Os riscos que poderão ocorrer são relativos ao desconforto que você poderá sentir em compartilhar informações sobre os atendimentos recebidos pela equipe do Consultório na Rua, porém, não desejamos que isto venha acontecer, você não tem que responder qualquer pergunta ou parte dela, caso ache que a pergunta é muito pessoal ou sentir incômodo em falar.

É possível que não tenha nenhum benefício direto a você, mas sua participação nos ajudará a entender mais sobre a saúde da população em situação de rua para que possamos melhorar o atendimento prestado.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar, seu nome será substituído por um número.

Rubricas:

Participante da pesquisa ou testemunha \_\_\_\_\_  
 Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_ Orientador \_\_\_\_\_

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
 Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240  
 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
 em Seres Humanos do Setor de Ciências da  
 Saúde/UFPR.  
 Parecer CEP/SD-PB.nº 742 589  
 na data de 07/08/2014.

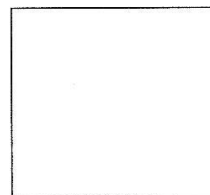
Tão logo a pesquisa termine sua entrevista, as fitas gravadas e o instrumento de coleta de dados serão destruídos.

Se você tiver qualquer pergunta, você pode perguntar agora ou depois. Se você desejar fazer perguntas depois, você pode me contatar: Pesquisadora Maria Terumi Maruyama Kami, enfermeira, e-mail [mterumikami@gmail.com](mailto:mterumikami@gmail.com), telefone (41) 3350-9499, no período das 8h às 17h, ou na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (Rua Francisco Torres, 830 – 7º andar).

Eu, \_\_\_\_\_  
li e/ou ouvi a leitura dos esclarecimentos acima, compreendi para que serve o estudo e que participarei de uma entrevista. Entendi que o estudo não representará custos para mim e que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão me afete diretamente.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.



Assinatura do participante

Impressão digital

Assinatura da testemunha (se for o caso)

Assinatura do pesquisador

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Setor de Ciências da  
Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB.nº 742 589  
na data de 07/08/2014

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240  
Tel (41)3360-7259 - e-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

**APÊNDICE 3**  
**ROTEIRO PARA ENTREVISTA DO PROFISSIONAL DO CR**

1. Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_

Formação (profissão): \_\_\_\_\_

Formação complementar: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na Secretaria Municipal de Saúde: \_\_\_\_\_

2. Descreva-me suas atividades em detalhes de uma semana típica de trabalho no Consultório na rua. Procure lembrar-se de uma situação que tenha chamado atenção.

- necessidades em saúde
- processo de trabalho
- registro das atividades

3. Fale-me sobre as dificuldades de atuar em uma equipe do Consultório na Rua.

- recursos disponíveis
- fluxos
- acessos
- referência e contrarreferência
- documentação

4. Fale-me sobre as facilidades de atuar em uma equipe do Consultório na Rua.

**APÊNDICE 4**  
**ROTEIRO PARA ENTREVISTA DO USUÁRIO DO CR**

1. Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Cidade de origem: \_\_\_\_\_

Tempo em situação de rua: \_\_\_\_\_

2. Fale-me sobre uma situação na qual você tenha sido atendido pela equipe do CR.

3. Conte-me como é ser usuário do CR.

- quantidade de vezes que procurou atendimento
- motivo
- resolubilidade da atenção

**APÊNDICE 5**  
**DICIONÁRIO DE SINÔNIMOS**

<b>Para software IRAMUTEQ</b>	<b>Palavras ou expressões</b>
Agente_comunitaria_de_saude	Agente comunitária de saúde, agente, ACS
Ambulancia	Ambulância, carro, Kombi, <i>van</i>
Consultorio	Consultório, consultório médico, sala para consultar
Coordenador_local	Coordenador local de saúde, coordenadora, autoridade sanitária local, ASL, chefe
Distrito_sanitario	Distrito Sanitário, Distrito, DS
Documento_de_identidade	Documento de identidade, RG
Estrategia_saude_da_familia	Estratégia Saúde da Família, estratégia, ESF
Fundacao_de_acao_social	Fundação de Ação Social, FAS
Medico	Médico, doutor
Pessoa_em_situacao_de_ rua	Morador de rua, morador, mendigo, população de rua e trecheiro
Prontuario_eletronico	Prontuário eletrônico, prontuário
Tuberculose	Tuberculose, TB
Unidade_de_pronto_atendimento	Unidade de Pronto Atendimento, UPA, 24h, emergência, CMUM
Unidade_de_saude	Unidade de Saúde, US, UBS, unidade, posto, postinho

## ANEXO 1

# PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA UFPR – SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/SCS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** As necessidades em saúde da população atendida por Consultórios na Rua no município de Curitiba: subsídios para organização de um prontuário eletrônico

**Pesquisador:** MARIA TERUMI MARUYAMA KAMI

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 31081414.3.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 742.589

**Data da Relatoria:** 18/06/2014

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa: As necessidades em saúde da população atendida por Consultórios na Rua no município de Curitiba: subsídios para organização de um prontuário eletrônico. que tem como pesquisador principal MARIA TERUMI MARUYAMA KAMI, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional do Setor de Ciências da Saúde da UFPR e a Dra LILIANA MULLER LAROCCA, como colaboradora. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e de cunho exploratório quanto aos fins, e estudo de caso quanto aos meios. Segundo Tobar e Yalour (2001), a pesquisa qualitativa exploratória é realizada em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado; com relação ao estudo de caso, o mesmo é recomendado quando se utiliza poucas unidades

de análise logo, sua riqueza não está na extensão, mas em sua profundidade, pois se busca narrar às similaridades existentes, traçando perfis exclusivos com certo nível de detalhes. A coleta de dados será por meio de dois instrumentos de entrevistas semi-estruturadas: um instrumento para os profissionais que integram as equipes do Consultório na Rua, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, cirurgiões dentistas, auxiliares de enfermagem e de saúde bucal e outro para a população em situação de rua atendidas por estas equipes.

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 280

**Bairro:** 2º andar

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

Continuação do Parecer: 742.589

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Reconhecer por meio da descrição das dimensões estrutural, particular e singular, a realidade objetiva dos Consultórios na Rua da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

**Objetivo Secundário:**

Elaborar proposta de organização de um prontuário eletrônico a ser utilizado nos Consultórios na Rua da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, com base nas necessidades em saúde da população atendida.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os benefícios serão a médio prazo: a implantação de um prontuário que dê visibilidade tanto nas ações realizadas pelos profissionais que integram a equipe de Consultório na Rua como a seus usuários, possibilitando a reestruturação das atividades do CR Com vistas a melhoria da qualidade do atendimento, para este atendimento.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Em Curitiba foram identificadas 2.778 pessoas em situação de rua, destes 55,4% das entrevistas foram realizadas em locais caracterizados como rua (calçadas, praças, parques, viadutos etc.) e 44,6% nas instituições sociais. "Estas pessoas relacionam-se com a rua, segundo parâmetros temporais e identitários diferenciados, vis-a-vis os vínculos familiares, comunitários ou institucionais presentes e ausentes". 2012). Neste sentido faz-se necessário entender o conceito de necessidade de saúde para compreender as

necessidades de saúde de seus usuários uma vez que este conceito está estreitamente vinculado aos princípios do SUS, em especial, aos conceitos de integralidade e acessibilidade. Sendo assim a pesquisa tem um papel importante pois poderá fornecer dados para que o gestor conheça melhor esta população

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Não há

**Recomendações:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento,

Continuação do Parecer: 742.589

encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendências atendidas.- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS)

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Por se tratar de pesquisa envolvendo Instituição da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o pesquisador poderá iniciar a pesquisa somente após a análise de viabilidade emitida pelo CEP/SMS. Após análise do CEP da SMS, favor anexar o Parecer de Viabilidade no Sistema PB, modo: notificação.



## ANEXO 2

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA – SES

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
CURITIBA-SES

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** As necessidades em saúde da população atendida por Consultórios na Rua no município de Curitiba: subsídios para organização de um prontuário eletrônico

**Pesquisador:** MARIA TERUMI MARUYAMA KAMI

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 31081414.3.3001.0101

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 767.679

**Data da Relatoria:** 20/08/2014

**Apresentação do Projeto:**

Pesquisa qualitativa com aplicação de dois instrumentos de entrevista semi-estruturados, um à população em situação de rua e outro aos profissionais que integram a equipe do Consultório na rua.

**Objetivo da Pesquisa:**

Tem por objetivo reconhecer, por meio das dimensões estrutural, particular e singular, a realidade objetiva dos consultórios na rua, da Secretaria Municipal de Curitiba e elaborar a proposta de organização de um prontuário eletrônico a ser usado nos consultórios, com base nas necessidades em saúde da população atendida.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme Parecer de ética da Instituição Proponente (SCD/UFPR).

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Conforme Parecer de ética da Instituição Proponente (SCD/UFPR).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Conforme Parecer de ética da Instituição Proponente (SCD/UFPR).

Continuação do Parecer: 767.679

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto viável conforme parecer ad hoc da Coordenação das Equipes de Consultório na Rua.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 27 de Agosto de 2014

---

Assinado por:  
**SAMUEL JORGE MOYSÉS**  
(Coordenador)